

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1896

N°

240

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 22 avril 1896, à 1 heure

PAR DIRAN GHAZAROSSIAN
(Né le 10 juin 1871 à Constantinople)

ÉTUDE CLINIQUE
SUR LA
PERFORATION SYPHILITIQUE
DE LA VOUTE PALATINE
ET SON TRAITEMENT

President : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { FOURNIER, professeur.
 { TUFFIER, WALTHER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1896

240

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 22 avril 1896, à 1 heure

PAR DIRAN GHAZAROSSIAN

(Né le 10 juin 1871 à Constantinople)

ÉTUDE CLINIQUE

SUR LA

PERFORATION SYPHILITIQUE

DE LA VOUTE PALATINE

ET SON TRAITEMENT

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { FOURNIER, professeur.
 { TUFFIER, WALTHER, agrégés.*

*Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
	TILLAX.
Clinique chirurgicale.	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.
Professeurs honoraires.	
MM. SAPPEY, PAJOT.	
Agrégés en exercice.	

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WAETHER
CHANTEMESSE	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTERER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien à l'hôpital de la Charité
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

Hommage de vive reconnaissance.

ETUDE CLINIQUE

SUR

LA PERFORATION SYPHILITIQUE

DE LA VOUTE PALATINE

ET SON TRAITEMENT

INTRODUCTION

Pendant notre séjour à la Charité, dans le service de notre maître, M. le professeur Tillaux, nous avons eu l'occasion d'observer un malade atteint de perforation syphilitique de la voûte palatine, guérie par l'uranoplastie. L'intérêt de ce cas, les savants conseils de notre éminent maître, nous engagèrent à étudier plus avant cette question, et, nous ne tardâmes pas à être convaincu que des lacunes nombreuses existaient sur ce sujet. Si, en effet, des publications variées ont été faites sur les per-

forations syphilitiques de la voûte osseuse, si plusieurs monographies ont été publiées sur le traitement de ces perforations, et en particulier sur le manuel opératoire de l'uranoplastie, il n'existe en revanche aucun travail d'ensemble.

Les dictionnaires signalent les perforations syphilitiques de la voûte, mais sans les étudier longuement ; les traités de médecine ou de chirurgie les mentionnent brièvement. De même dans la plupart des ouvrages de syphiligraphie et de revues hebdomadaires ou mensuelles, beaucoup de matériaux épars çà et là, mais sans unité. Ce sont là les raisons qui nous ont engagé à entreprendre ce travail.

Nous n'avons pas la prétention de faire œuvre de haute originalité ; notre but est plus modeste. Tous nos efforts tendront surtout à présenter un tableau général de l'accident qui nous occupe et de son traitement. Nous nous appesantirons plus spécialement sur certains points encore très discutés à l'heure actuelle.

C'est dire que ce travail comprendra plusieurs chapitres.

Nous donnerons d'abord un aperçu rapide au point de vue anatomique de la région qui nous occupe ; puis successivement, nous exposerons l'histoire, l'étude clinique, le diagnostic, le pronostic et l'étiologie de ces perforations.

La pathogénie ayant donné et donnant encore lieu à des discussions variées, nous exposerons en détail l'état de la question.

Nous étudierons ensuite le traitement sans décrire tou-

tefois entièrement les divers procédés chirurgicaux mis en œuvre pour obvier à cette infirmité, ce point a déjà fait le sujet de plusieurs thèses très complètes.

Enfin, nous terminerons en rapportant un certain nombre d'observations qui nous ont paru intéressantes, soit par leur nouveauté, soit par la lumière qu'elles apportent dans l'interprétation des différents points que nous étudions.

Avant d'aborder ce travail, nous tenons à remplir un devoir bien doux, en venant remercier tous nos maîtres de la faculté de Paris.

Au début de nos études médicales, M. le professeur agrégé Budin daigna diriger nos premiers pas, nous lui en sommes tout particulièrement reconnaissant.

Plus tard, M. le professeur Le Dentu nous initia à la science du diagnostic chirurgical, nous lui adressons ici l'hommage de notre respectueuse gratitude. Son enseignement sera toujours notre guide le plus sûr dans notre carrière chirurgicale.

Nous n'oublierons jamais l'accueil bienveillant que nous avons reçu dans le service de M. le professeur Bouchard. Les causeries de ce maître célèbre, les idées si élevées que nous lui avons vu exposer sur la pathologie générale resteront pour nous un souvenir ineffaçable.

MM. les professeurs Tarnier et Pinard nous ont appris la science de l'obstétrique. M. le professeur Cornil nous a enseigné avec une autorité sans égale l'anatomie pathologique, qu'il nous soit permis de remercier humblement ces maîtres.

Auprès de M. le professeur agrégé Pozzi, nous avons

acquis les éléments de la gynécologie et l'importance de l'antisepsie chirurgicale, aussi nous prions ce maître excellent d'agréer l'assurance de notre profonde reconnaissance.

Nous prions MM. Lancereaux, Mauriac, Reclus, Charlin, Thiéry, de vouloir bien agréer ici l'expression de notre vive gratitude pour la bienveillance qu'ils nous ont témoignée pendant que nous fréquentions leurs services. Nous adressons également tous nos remerciements à M. le Dr Rieffel, chef de clinique chirurgicale à la Charité. Ses conseils éclairés ne nous ont jamais fait défaut, toutes les fois que nous nous sommes adressé à lui.

Il nous reste encore à remercier nos amis ; notamment ceux qui ont bien voulu nous aider de leurs conseils ou de leurs renseignements.

Enfin, il est un maître que nous tenons à remercier par dessus tout. Soit pendant notre long séjour dans son service, soit à la fin de nos études, M. le professeur Tillaux, avec sa paternelle bonté et sa haute autorité, daigna constamment nous aider de ses conseils. L'idée première de ce travail appartient à cet éminent maître, et il ajoute encore à la reconnaissance que nous avons pour lui, en voulant bien présider à notre thèse. Ce nouveau témoignage de sollicitude restera pour toujours gravé dans notre mémoire.

NOTION ANATOMIQUE

« La voûte palatine, portion dure du palais, est peut-être, au point de vue anatomique, la région la plus simple du corps humain. Un plan osseux recouvert de chaque côté par une membrane muqueuse, telle est, en effet, sa structure. Elle fait office de cloison entre la cavité buccale et la cavité des fosses nasales (Tillaux) ».

Elle forme les deux tiers antérieurs de la paroi supérieure de la bouche. C'est une sorte de voûte parabolique que limitent en avant et de chaque côté les arcades dentaires, et en arrière le voile du palais, avec lequel elle se continue sans ligne de démarcation bien tranchée.

Sa forme varie suivant les sujets et suivant qu'elle est ou non recouverte de sa muqueuse.

Sur le squelette, elle représente une sorte de plateau horizontal se continuant à angle plus ou moins droit avec les arcades alvéolaires. Recouverte de ses parties molles, elle a la forme d'un cintre, les angles étant en partie effacés par la muqueuse plus épaisse en ces points. Chez certains sujets, le cintre devient une ogive ; la hau-

teur de la voûte est plus élevée, mais l'écartement entre les arcades dentaires moins étendu.

La voûte palatine recouverte de ses parties molles, présente sur la ligne médiane : un raphé médian antéro-postérieur, à l'extrémité antérieure duquel est un tubercule qui répond à l'orifice inférieur du canal palatin antérieur. Chez certaines personnes, ce raphé forme une saillie marquée, à laquelle Chassaignac attachait une grande importance sémiologique, puisqu'il la considérait comme un symptôme de syphilis. Il l'a désignée sous le nom d'exostose médio-palatine. Cette opinion est abandonnée aujourd'hui. De chaque côté du raphé, se trouvent, en avant, des crêtes transversales, au nombre de trois ou quatre (Sappey), cinq à sept (Merkel); on peut n'en trouver qu'une seule de chaque côté (Poirier). Dans le tiers antérieur de la région et en arrière, la muqueuse plus lisse, présente encore des saillies et des dépressions. Les saillies marquent les papilles; et les dépressions les orifices des glandes : souvent il en existe deux bien marquées, sur les côtés du raphé médian, au voisinage de son extrémité postérieure.

La structure de la voûte palatine est très simple. Au centre le tissu osseux; sur sa face supérieure la muqueuse pituitaire; sur sa face inférieure la muqueuse buccale.

La portion osseuse ou squelette de la voûte palatine est formée par la réunion des deux apophyses palatines du maxillaire supérieur, et de la portion horizontale des deux palatins; au point de jonction de ces quatre parties correspond également le vomer.

La paroi osseuse très mince, est constituée exclusive-

ment par une lame de tissu compact qui s'épaissit considérablement au niveau des arcades alvéolaires. Sa surface est rugueuse, très inégale, et présente des saillies et des dépressions.

La paroi est criblée de trous pour le passage des vaisseaux et des nerfs. Parmi ces trous, trois méritent une mention spéciale : le trou palatin antérieur et les trous palatins postérieurs auxquels font suite les canaux du même nom.

La membrane muqueuse de la voûte palatine est très adhérente au périoste. On ne peut l'en séparer qu'artificiellement par la dissection.

C'est une fibro-muqueuse. Sa couleur est blanchâtre ; sa résistance considérable et son épaisseur beaucoup plus accusée latéralement que dans son milieu.

Elle renferme, entre les deux feuillets qui la constituent, une quantité considérable de glandes en grappe analogues aux glandes buccales. Ces glandes font défaut sur la ligne médiane, et sont au contraire très nombreuses sur les côtés. Cette muqueuse renferme des vaisseaux et des nerfs. Nous ne décrivons ici que les artères, à cause de l'intérêt qu'elles présentent au point de vue de l'uranoplastie.

Ces artères viennent de trois sources. La palatine postérieure qui pénètre dans la région par le trou palatin postérieur. La palatine antérieure qui sort du canal palatin antérieur ; ces deux sources sont constantes ; la troisième ou palatine moyenne l'est beaucoup moins. Ces trois artères s'anastomosent entre-elles, mais il est aisé

de voir que la plus importante, la véritable artère palatine est la postérieure.

« Le trou palatin postérieur par lequel sort l'artère
« est situé à l'union de la voûte et du voile, le plus ex-
« centriquement possible par rapport à la ligne médiane ;
« il répond à la portion d'alvéole qui loge la troisième
« grosse molaire. De ce point l'artère se porte d'arrière
« en avant, mais de façon à côtoyer toujours l'arcade
« alvéolaire jusqu'à sa terminaison. La distribution de
« ses collatérales est penniforme, et c'est de la partie
« interne que naissent les principales pour se terminer
« par des capillaires sur la ligne médiane (Tillaux). »
Les artères sont beaucoup plus rapprochées de la face profonde que de la face superficielle de la muqueuse. Ce sont ces artères palatines qui fournissent au squelette de la voûte ses éléments de nutrition. Donc toute lésion susceptible de décoller la muqueuse palatine pourra déterminer la production d'une nécrose, ainsi que le fait observer M. le professeur Tillaux.

La muqueuse pituitaire présente moins d'intérêt relativement au sujet qui nous occupe. Elle est peu adhérente à la face supérieure de la voûte palatine osseuse. Ses vaisseaux lui viennent surtout de la maxillaire interne par la sphéno-palatine et la ptérygo-palatine ; elle est très vasculaire, s'enflamme facilement et suivant M. le professeur Duplay, elle serait souvent le siège de dépôt syphilomateux qui, en s'ulcérant, aboutirait à la perforation de la voûte palatine.

HISTORIQUE

Les perforations syphilitiques du palais osseux sont connues depuis longtemps. Ambroise Paré les mentionne en 1561, et décrit sous le nom de couvercles puis d'obturateurs certains appareils destinés à remédier aux inconvénients qu'elles entraînent : « pour à quoi survenir, « nous leur avons trouvé un expedient par l'aide et « ministere de notre art. Ce qui se fera en appliquant un « instrument un peu plus grand que le trou où l'os de- « fandra. Et le dit instrument sera fait d'or ou d'argent « et de figure voûtée, et délié, d'espaisseur comme d'un « escu : auquel sera attachée une esponge, par laquelle « estant mis le dit instrument au trou où manquera l'os, « ladite esponge assez tôt s'imbibera et s'enflera par « certaine humidité, et puis après tiendra ferme : et par « ce moyen la parolle se formera mieux. Ce que j'ai vu « advenir aux guerres quelquefois par coup de harque- « buse et d'autres sortes d'armes : Mais *principalement* « *par ulcères provenus de la vérolle.* »

Zacuti, Van der Wiel, Luisinus cités par Jourdain, pensent que la vérole est la cause la plus ordinaire de

la perforation du palais et de celle de son voile et de la luette.

Astruc constate ces perforations et en donne la pathogénie suivante :

« Il se sépare dans la bouche deux humeurs très propres à s'unir avec le virus : 1° L'humeur visqueuse qui coule des cellules des amygdales, des glandes de la luette et de tout le fond du gosier ; 2° l'humeur sébacée et onctueuse qui suinte des glandes ou lacunes des gencives ou du palais, et qui enduit ordinairement la langue et les dents, quand on n'a pas soin de les nettoyer. On peut mettre au même rang la morve, qui, coulant des glandes de la membrane pituitaire, sert à humecter le dedans du nez.

« Par conséquent, si la mucosité du gosier vient à être infectée du virus ; d'un côté elle s'épaissira et séjournera dans les cellules et dans les glandes destinées à la contenir, la dilatera et donnera lieu à la compression des veines voisines, ce qui causera le gonflement, la douleur, la phlogose, l'inflammation des amygdales, de la luette et du fond du gosier avec la difficulté d'avaler. De l'autre côté, cette mucosité devenant plus acre, rongera et déchirera les mêmes parties et y produira des ulcères malins rebelles, opiniâtres, rongeants, qui seront suivis bientôt d'une carie dans les os voisins, laquelle consommera les os palatins qui sont minces : ce qui produira une communication du palais avec le nez. Il faut faire le même raisonnement sur l'humeur sébacée qui se sépare dans les glandes du palais. Car cette humeur étant infectée, deviendra plus épaisse,

« s'arrêtera dans ses réservoirs, et en les dilatant formera à la voûte du palais, des tubercules durs, distincts, ronds, peu élevés, tantôt enflammés, tantôt sans inflammation. Mais en même temps, cette humeur ayant acquis plus d'âcreté, rongera la pointe de ces tubercules et causera des ulcères ronds, malins, rebelles, qui carieront la voûte osseuse du palais et qui s'ouvriront un passage dans le nez ».

Et après cette explication pathogénique, l'auteur ajoute quelques mots sur le traitement de la perforation et fait remarquer avec justesse « qu'il ne suffit pas d'avoir arrêté par des remèdes convenables le progrès de la carie, mais qu'il faut encore remédier en même temps au vice de la voix ».

Jourdain, tout en faisant observer que les perforations du palais osseux peuvent reconnaître des causes multiples (scorbutique, scrofuleux, cancéreux, rachitique) admet les perforations d'origine syphilitique. « En général, dit-il, le vice vénérien agit plus promptement que la plupart des autres, parce qu'il est plus actif et plus pénétrant ». Et plus loin, après avoir noté les lésions des os, du nez, du vomer, par le virus vénérien, il ajoute : « Insensiblement le pus s'épanche sur le plancher inférieur des fosses nasales, où il est retenu. Alors il attaque et corrode la portion de la membrane pituitaire sur laquelle il est déposé, il l'entame, l'ulcère, ainsi que le périoste qui lui est intimement uni; enfin, il touche l'os, l'imbibe et le carie, se propage vers la membrane interne du palais, y occasionne un dépôt dont l'ouverture laisse apercevoir la perforation d'une partie plus

« ou moins grande de la voûte osseuse palatine et communication qu'il y a alors de cette voûte avec les fosses nasales par l'effet de la suppuration vénérienne ». Et comme pour se justifier du reproche qu'on pourrait lui faire d'accorder aux perforations vénériennes une trop petite place, il revient sur ce sujet dans le cours de son livre : « Si j'ai paru jusqu'à présent, dit-il, combattre l'opinion de ceux qui ont trop légèrement regardé le vice vénérien comme la cause la plus générale des maladies du palais, de son voile et de la luette, mon intention n'a pas été de rejeter complètement cette cause qui a réellement lieu dans bien des cas ». Puis il cherche à expliquer la localisation des maladies en ce point : « Si les os du palais sont spécialement attaqués dans certaines circonstances, cela dépend : 1° de ce qu'ils sont d'un tissu moins serré et moins compact que beaucoup d'autres os qui composent la charpente osseuse du corps humain ; 2° de ce qu'ils sont environnés, recouverts et enveloppés de parties singulièrement disposées à s'imprégner d'un vice quelconque ».

Selle, parlant des gommés syphilitiques, ne mentionne pas leur localisation à la région qui nous occupe. Swediaur les signale, mais très brièvement. Jourdan mentionne aussi les perforations syphilitiques de la voûte et les désordres qui les accompagnent du côté des os du nez, et des parties molles voisines ; il expose déjà les trois modes de début que nous décrirons au point de vue pathogénique : le début par la pituitaire, par la fibro-muqueuse palatine et peut-être même par le tissu osseux.

Plus près de nous, nous trouvons les travaux de Ri-

cord, de son élève Melchior-Robert, de J. Hunter ; les observations de Baizeau, de Trélat, les leçons de M. le professeur Cornil professées à l'hôpital Lourcine, une excellente thèse de M. Chaboux. Nous ne nous attarderons pas à exposer les leçons des auteurs, non plus que les belles cliniques de MM. les professeurs Fournier, Duplay et Tillaux, les idées si remarquables de M. Mauriac. L'importance des travaux de ces maîtres se déduira des nombreux emprunts que nous leur ferons dans le cours de cette étude. Analyser ici leurs travaux serait nous exposer à d'inutiles redites.

ETUDE CLINIQUE

La perforation syphilitique de la voûte palatine appartient au groupe des accidents tertiaires de la vérole. Elle se montre également dans la syphilis acquise et dans la syphilis héréditaire tardive et cela avec une fréquence qu'il est difficile de déterminer. Elle est de toutes les perforations acquises la plus commune ; et c'est très vraisemblablement à elle qu'on doit rapporter la plupart des perforations spontanées dont la cause ne peut être nettement établie. C'est là l'opinion adoptée par M. le professeur Fournier et par tous les syphiligraphes.

L'évolution de la perforation du palais osseux peut être divisée en trois périodes : une période de début, comprenant l'infiltration des tissus et leur ulcération ; une période d'état où la perforation s'établit ; une période de terminaison qui, dans certains cas, mérite le nom de période de réparation.

Etudions en détail ces trois périodes :

1^{re} *Période de début.* — Anatomiquement, elle est caractérisée par l'infiltration des tissus et leur ulcération consécutive.

Cliniquement, le début peut être très insidieux, si insidieux même que le malade ne s'en aperçoit pas. Tel sujet s'est couché bien portant et se réveille le lendemain avec une perforation très nette de la voûte osseuse. Le changement survenu dans la voix, le reflux des aliments, des boissons par le nez sont des indices qui appellent son attention.

Assez souvent toutefois, quelques phénomènes prémonitoires peuvent se montrer.

C'est une douleur légère, intermittente, siégeant en un point de la voûte osseuse. Cette douleur peut être spontanée, mais elle se révèle surtout à l'occasion des mouvements de déglutition, quand le dos de la langue ou le bol alimentaire viennent buter contre la voûte palatine.

Cette phase pourrait s'appeler la phase angineuse de la première période, bien qu'il n'y ait pas d'angine au sens exact du mot.

Mis en défiance par ce léger symptôme, si à ce moment, le médecin examine le malade, voici ce qu'il constate : Sur la ligne médiane, rarement sur les côtés de la voûte palatine, une petite tumeur, un petit bouton, une plaque plus ou moins saillante pouvant varier du volume d'une lentille à celui d'un pois, atteignant rarement celui d'une noisette au plus. La muqueuse buccale surélevée à ce niveau paraît encore saine et de coloration normale dans les premiers jours ; mais bientôt elle prend un aspect bleuâtre, foncé. Par la palpation, on peut y déterminer de la douleur, qui n'est du reste jamais bien accusée et une légère tuméfaction.

Les jours suivants, le travail fait des progrès, la colo-

ration insolite de la muqueuse s'accuse de plus en plus ; et, après un temps variable pouvant osciller entre une et quatre semaines, la petite tumeur s'abcède laissant écouler un pus sanieux. A ce moment l'abcès ouvert seulement à son sommet, et par un point très circonscrit, peut ressembler, selon la comparaison de M. Fournier, à une de ces petits abcès qu'on voit sur les gencives et qui sont symptomatiques d'une carie dentaire. Des lambeaux de cette muqueuse décollée se nécrosent et tombent, laissant à nu un fond grisâtre constitué par les os de la voûte palatine.

La portion osseuse correspondante de la voûte se nécrose à son tour, et les séquestres ne tardent pas à s'éliminer. A l'ulcération des parties molles a succédé l'ulcération de l'os, et il en résulte une libre communication entre la cavité buccale et les fosses nasales. Le travail qui aboutit à cette communication anormale peut être marqué par le rejet des débris sanguinolents et purulents, à la fois par la bouche et par le nez, ainsi que nous le trouvons signalé dans un cas que nous avons pu observer, et que nous rapportons à la fin de ce mémoire (Obs. XV).

Contemporain des signes que nous venons d'étudier, les précédant quelquefois pendant un assez long temps, un autre phénomène manque rarement à cette première période. Nous voulons parler du coryza chronique avec fétidité de l'haleine, fétidité qu'on confondait autrefois avec l'ozène.

Ce coryza peut avoir du reste une très grande importance, tant à cause de la lésion qu'il annonce que de la

notion pathogénique qu'il introduit dans la conception des processus de la perforation. La fréquence de ce symptôme est, du reste, variable suivant les auteurs. M. le professeur Duplay le décrit comme un phénomène constant, et nous verrons quel rôle il lui fait jouer dans la pathogénie. En compulsant les observations de perforation de la voûte osseuse, nous avons trouvé ce coryza noté dans bon nombre de cas ; et chez un malade, Mikulicz, par l'examen rhinoscopique, a constaté des ulcérations de la pituitaire au niveau du vomer. Il est, en effet, assez rationnel d'admettre que le travail de nécrose signalé pour la muqueuse de la voûte palatine puisse se passer également du côté de la muqueuse du plancher des fosses nasales.

En sorte que la perforation peut suivant les cas monter de bas en haut ou de haut en bas, ou débiter en même temps en deux points opposés et symétriques. Quoiqu'il en soit, la perforation est constituée, et nous allons maintenant l'étudier dans ses caractères.

2° *Période d'état ou de perforation constituée.* — Le siège de cette perforation est variable. Le plus habituellement, on la rencontre sur la ligne médiane antéro-postérieure, à peu près à égale distance de l'arcade dentaire et du voile du palais (Duplay). Dans certains cas, elle peut être très rapprochée du voile du palais. Dans une observation rapportée dans la thèse du Dr Chaboux nous voyons la perforation siéger immédiatement en avant du voile. Le Dr Roux de Toulon, cite un cas où la lésion siégeait à un centimètre environ en avant du palais

membraneux ; de même dans un cas rapporté à la fin de ce travail (Obs. XV). Ordinairement médiane ; il est bien rare cependant que la perte de substance n'empiète pas un peu plus sur un côté que sur un autre.

Du reste, son siège sur les parties latérales du palais osseux, principalement sur la portion horizontale du maxillaire, est également signalé par les auteurs. Baizeau, qui a écrit que les perforations syphilitiques pouvaient siéger sur tous les points de la voûte palatine, relate le cas d'un malade qui présentait plusieurs perforations : l'une, médiane et deux autres peu étendues, sur les parties latérales, à quelques millimètres de la première (Obs. II). Cette localisation des perforations syphilitiques tient à des raisons anatomiques et pathologiques, bien exposées dans une leçon de M. le professeur Fournier :

« Les parties médianes de la voûte osseuse et surtout
« les parties postérieures sont extrêmement minces, rela-
« tivement aux parties latérales et antérieures. De plus,
« c'est au niveau des parties osseuses les plus épaisses
« que la muqueuse présente son maximum d'épaisseur,
« et c'est sur les parties les plus minces qu'elle devient
« également le plus tenue.

« Les lésions ulcéreuses du voile, qui sont si commu-
« nes, intéressent fréquemment par propagation le palais
« osseux. Il est tout naturel, en conséquence, que ce
« palais osseux soit plus fréquemment affecté en arrière
« qu'en avant ».

Leurs dimensions sont également variables. Leur type le plus habituel est le type moyen. Elles mesurent tantôt l'étendue d'une lentille, tantôt celle d'une pièce de

vingt centimes ou de cinquante centimes, rarement celle d'un franc. Toutefois elles peuvent acquérir des dimensions beaucoup plus considérables, détruire la plus grande partie du palais osseux et empiéter même sur la portion verticale du maxillaire. C'est dans les cas surtout de perforation étendue que les os du nez, le vomer, les parties molles environnantes sont envahies, et qu'on assiste à ces délabrements véritablement effrayants.

D'autre fois, elles se réduisent à un mince pertuis, par lequel on a de la peine à faire pénétrer un stylet.

Ordinairement unique, ces perforations peuvent être quelquefois multiples; on peut en observer jusqu'à trois sur le même sujet (Obs. II, XIV). Dans ces cas, l'une d'elles prédomine habituellement sur les autres par son étendue. Il peut arriver que deux perforations placées l'une en arrière de l'autre sur la ligne médiane, ne soient séparées que par un pont de substance molle, l'os sus-jacent ayant été détruit dans une grande étendue. Cette bande de substance molle, à son tour, pourra se nécroser, s'éliminer et une perforation unique beaucoup plus considérable remplacera les deux perforations du début.

Leur forme est habituellement ovalaire, quelquefois arrondie ou triangulaire avec les angles émoussés. Quand elles sont ovalaires, leur grand diamètre est le plus souvent antéro-postérieur et le petit diamètre transversal ou légèrement oblique. Assez souvent, elles ont la forme d'un entonnoir, l'ouverture buccale étant plus grande que l'ouverture qui siège dans les fosses nasales.

Leur aspect varie suivant l'époque à laquelle on les observe. Tout à fait au début, quand l'élimination des

parties nécrosées n'est pas encore terminée, les bords sont irréguliers, déchiquetés, avec des lambeaux flottants en voie d'élimination. Plus tard, les bords sont nets, taillés à pic, et l'ulcération a l'air d'être faite à l'emporte-pièce.

La couleur de toutes ces parties est violacée, les tissus sont œdématisés et turgescents; et assez souvent se montrent au pourtour, des ulcérations de la muqueuse palatine ou du voile; plus tard, quand le travail de cicatrisation s'est accompli, quand la réparation s'est faite en partie, les tissus qui bordent la perforation ont un aspect blanchâtre, cicatriciel et sont minces et très adhérents au pourtour de la perte de substance.

En examinant par la bouche, la perforation, on aperçoit le bord inférieur du vomer, plus ou moins détruit, quand la solution de continuité des tissus siège au niveau de la ligne médiane. Dans certains cas la perforation est assez étendue pour laisser apercevoir les cornets (Bai-zeau). Il n'est pas rare d'ailleurs de voir la perforation syphilitique de la voûte palatine s'accompagner d'autres lésions du naso-pharynx. C'est assez fréquemment un effondrement des os de la voûte du nez, donnant l'aspect que l'on a décrit sous le nom du nez en lorgnette. Du côté du voile du palais on peut voir des ulcérations, des gommes ramollies, amenant la division du rideau membraneux. Cette division peut être indépendante de la perforation de la voûte ou la prolonger en arrière. Quelquefois, les piliers sont eux-mêmes en partie détruits, relevés en arrière et adhérents à la paroi du pharynx.

Aux signes objectifs que nous venons de décrire viennent s'ajouter des symptômes subjectifs qui n'ont ici rien

de particulier à la perforation qui nous occupe. Aussi ne les décrivons-nous pas longuement.

La voix est nasillarde, nasomée, c'est la voix de canard; certaines lettres ne peuvent être prononcées. Ce défaut de la voix provient de ce que la colonne d'air, au lieu de vibrer tout entière dans la cavité buccale, est obligée, par le fait de l'ouverture anormale, de partager ses ondes sonores entre la bouche et les cavités nasales (Mauriac).

Le malade ne peut ni souffler, ni cracher, à moins d'user d'artifice et d'obturer momentanément le trajet fistuleux (bourdonnet de charpie, appareil prothétique quelconque). M. Fournier rapporte dans ses cliniques l'histoire d'un malade qui vient le consulter pour une perforation syphilitique de la voûte palatine. Avant toute conversation le malade prit une feuille de papier à cigarette, la colla sur sa perforation et se mit à exposer l'objet de sa visite d'une voix absolument normale; la feuille étant venue à tomber, la voix devint nasillarde.

Au moment de la déglutition, les aliments ou les liquides refluent par le nez, et c'est là un des phénomènes les plus pénibles pour les malades.

Quelquefois ce reflux des boissons peut être le premier phénomène observé. Dans un cas rapporté par Roux (de Toulon) le malade, souffrant de la gorge depuis quelques jours, s'aperçut en voulant se gargariser; que le liquide refluaît en partie par le nez.

Les mucosités nasales peuvent également passer du nez dans la bouche, à travers la perforation; ces mucosités sont ordinairement fétides, quelquefois même sanieuses et purulentes à cause du coryza chronique qui

accompagne fréquemment la lésion du palais osseux.

Dans certains cas, le sens du goût et celui de l'odorat sont affaiblis.

3^e *Période de terminaison ou de réparation.* — A ce moment, la perforation est tout à fait constituée et présente les caractères que nous avons décrits.

Comment va-t-elle évoluer ? Cela dépend beaucoup de l'étendue, de la perte de substance. Celle-ci est-elle petite, on la voit spontanément ou sous l'influence d'un traitement purement médical, et sur lequel nous reviendrons, bourgeonner ; puis les bords se rapprochent et s'effrontent et une cicatrice blanchâtre, gaufrée, remplace la solution de continuité, les troubles fonctionnels disparaissent, le malade est guéri de sa perforation (Vidal de Cassis et Roux de Toulon).

Dans certains cas, ce travail de réparation peut être hâté par une affection aiguë. J. Mackenzie relate plusieurs faits de syphilis congénitale très améliorés par les fièvres exanthématiques notamment. Ce sont surtout les maladies qui se compliquent d'angine, comme la rougeole et la scarlatine qui provoqueraient cette heureuse influence. La diphtérie, par contre, exercerait un effet désastreux. Ces faits sont à rapprocher de ceux signalés par bon nombre d'auteurs français, où on a vu des syphilides cutanées très favorablement modifiées par un érysipèle. Mais la plupart du temps, la perforation palatine, une fois établie, n'a aucune tendance à se fermer. Et c'est au chirurgien à parer aux accidents qu'elle entraîne, soit à l'aide d'appareils prothétiques, soit par l'uranoplastie.

MARCHE

Elle se déduit des symptômes que nous venons d'étudier. Le premier phénomène observé est tantôt le coryza avec fétidité de la sécrétion, tantôt la petite tumeur que nous avons décrite au niveau de la voûte osseuse.

Bientôt, la petite tumeur s'abcède, un pus sanieux mélangé de débris de tissu s'écoule. L'ulcération fait des progrès; gagnant en superficie et surtout en profondeur; l'os est mis à nu, s'élimine en un temps plus ou moins long et la communication entre les deux cavités principales de la face est établie. Le temps que mettent ces lésions à évoluer est variable. En tout cas, il n'est jamais bien long; quelques semaines, un mois au plus. Parfois, le malade ne s'aperçoit même pas du travail prémonitoire et une circonstance fortuite lui annonce sa perforation.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des perforations syphilitiques de la voûte palatine est généralement facile, si on se reporte à tous les signes que nous venons d'étudier. Habituellement, du reste, la notion d'accidents syphilitiques antérieurs ; tels que : chancre induré, plaques muqueuses, roséoles, viendra aider au diagnostic. Il n'est pas rare, non plus, comme nous l'avons vu, que des ulcérations nettement spécifiques, se voient sur la voûte palatine ; le voile ou le naso-pharynx à côté de la perforation.

D'autres lésions tertiaires de la région : nez en lorgnette, adhérence des piliers au pharynx, pourront également exister. S'il s'agit d'une perforation due à la syphilis héréditaire tardive, on recherchera les signes habituels de cette affection : l'habitus, le facies, les anomalies de l'évolution physique (taille petite, formes grêles, infantilisme...), difformités crâniennes et nasales, difformités osseuses du tronc et des membres, stigmates cicatriciels de la peau (cicatrices des lèvres) et surtout la triade d'Hutchinson (inflammations oculaires, troubles de l'ouïe, malformations dentaires).

Mais même dans les cas où la perforation est le seul symptôme observé, le diagnostic étiologique peut être encore établi.

Les divisions congénitales de la voûte seront facilement reconnues. Elles intéressent généralement une plus grande surface, s'étendent le plus souvent au voile du palais, à l'arcade dentaire et à la lèvre supérieure. Elles ont des bords épais, charnus, mobiles. L'état du vomer aussi n'est pas le même, il se recourbe au niveau de son bord inférieur, et s'étale pour combler en partie la perte de substance (Gratiolet). D'ailleurs, la notion étiologique viendra lever tous les doutes, dans les cas, où à l'aspect seul de la perforation, l'embarras serait légitime.

Nous n'insisterons pas non plus sur les perforations acquises consécutives à un traumatisme (balle de revolver, armes à feu, coup d'épée, épieu...). Le malade a conscience de ces accidents et en livre immédiatement la pathogénie au médecin qui l'examine. Du reste, le siège de ces perforations traumatiques n'a pas de règle. Elles peuvent exister en tous les points de la voûte, partout où la cause occasionnelle a porté son action. Au contraire, nous avons vu que si les perforations syphilitiques pouvaient également siéger sur tous les points de la voûte, elles avaient cependant des lieux d'élection : la ligne médiane en général.

Certaines tumeurs de la voûte palatine, le sarcome, le cancer, peuvent en s'abcédant amener une destruction partielle de la région qui nous occupe et aboutir à la perforation. Dans ces cas, le travail de destruction est ordinairement moins limité, les ganglions, dans les cas

de cancer notamment, sont envahis; la douleur est ordinairement intense. L'état général du malade est mauvais, l'aspect en un mot est bien spécial. La perforation s'établit moins vite que dans la syphilis, et une fois constituée n'a aucune tendance vers la guérison. Les bords en sont tuméfiés, bourgeonnants, saignant facilement, tandis que dans la syphilis, assez souvent la perforation marche vers la réparation, le travail de destruction s'arrête et on a une perte de substance à bords taillés à pic, qui ne tardent pas à devenir blanchâtres par le fait du processus cicatriciel. Si le doute était permis, on interrogerait les antécédents du malade ; on aurait recours, comme dans tous cas douteux, au traitement spécifique, véritable pierre de touche du diagnostic.

Le scorbut (Jourdain), la morve (Szymanowski) ont dans certains cas causé des perforations de la voûte. Mais ces cas doivent être extrêmement rares; et à l'aide du cortège symptomatique qui accompagne ces dernières affections, le diagnostic ne peut errer longtemps.

M. Wickham et après lui M. Letulle ont signalé des perforations de la voûte survenant à la suite de tabès. Le diagnostic peut être assez délicat ; la syphilis existant souvent dans les antécédents du malade porteur d'une pareille lésion. C'était le cas du reste dans les observations rapportées par ces auteurs. Mais chez ces derniers malades, il y avait à côté de la perforation des troubles trophiques très accentués : les dents du maxillaire supérieur étaient totalement absentes, et il n'en restait plus que quelques-unes au maxillaire inférieur. Des troubles

trophiques peuvent siéger en d'autres points : chute des ongles, arthrite tabétique. Enfin les symptômes de l'ataxie d'un autre ordre, mettront en garde et permettront de rapporter la lésion à sa véritable cause.

Deux perforations de la voûte palatine méritent surtout de nous arrêter ; leur diagnostic pouvant présenter de réelles difficultés. Nous voulons parler des perforations tuberculeuses et de la perforation décrite par Th. Williams sous le nom d'ulcère perforant du palais.

L'ulcère perforant décrit par Williams ressemble beaucoup aux perforations syphilitiques ; et, malgré les raisons alléguées par l'auteur, il est probable que la plupart des cas relatés, reconnaissent une origine spécifique. « Le processus en est toujours rapide. Il débute par une rougeur diffuse au centre de laquelle existe un point blanc qui ne tarde pas à s'ulcérer et cette ulcération aboutit très vite à la perforation. » Tels sont les caractères de la lésion, donnés par Williams. Mais si on se reporte à la description que nous avons donnée de la perforation syphilitique on voit qu'il y a grande analogie entre les symptômes et l'évolution des deux perforations, aussi admettons-nous pleinement les conclusions de M. Mauriac. « Pour ma part, dit cet auteur, en m'entenant à l'histoire que Williams a tracée de l'ulcère perforant du palais, je lui trouve une telle ressemblance ou pour mieux dire une telle indentité avec la syphilose perforante du voile et de la voûte palatine, qu'il m'est impossible d'y saisir un caractère distinctif sérieux. » Et comme l'écrit M. le professeur Cornil : « Tout porte à croire qu'il s'agit là bien réellement d'ulcères de nature syphilitique, observés

« chez des personnes qui n'avaient la vérole ou qui ne savaient pas l'avoir eue, ou chez des jeunes sujets qui « pouvaient avoir tardivement des manifestations de la « syphilis héréditaire ».

La perforation tuberculeuse de la voûte peut offrir des grandes ressemblances avec la perforation syphilitique de la même région, et M. Cornil a pu décrire qu'il serait à peu près impossible de distinguer la syphilis d'avec le lupus, si l'on ne tenait compte que de l'examen de la bouche et du pharynx. Cependant le siège n'en est pas tout à fait le même. La syphilis, nous l'avons vu, attaque surtout la région moyenne de la voûte, rarement les parties latérales. La tuberculose, au contraire, envahit, plutôt, les parties latérales; car quand elle aboutit à la perforation de la voûte palatine, « elle résulte surtout de « lupus gingivaux qui dénudent et nécrosent le maxillaire dans sa portion périphérique. Fournier ». De plus les perforations tuberculeuses sont une rareté à la voûte osseuse. C'est presque toujours à la voûte membraneuse, sur le voile du palais qu'on les rencontre (Duplay). Dans les cas exceptionnels où elles siègent sur la voûte osseuse, ou bien elles sont extrêmement petites, et il faut les chercher avec un stylet; ou bien au contraire elles sont énormes, s'accompagnent de la destruction d'une grande partie de la voûte. Presque jamais on ne rencontre de ces perforations moyennes comme c'est ordinairement le cas pour les perforations syphilitiques. Quand on assiste au travail d'ulcération que précède la gomme, on note également des différences bien marquées entre les deux processus. Dans la syphilis on a d'abord

une rougeur diffuse et foncée sans tuméfaction appréciable.

Le travail accomplit son œuvre, il se forme une tumeur de consistance mollassée, avec un léger œdème environnant, puis la muqueuse se perfore laissant échapper une partie de dépôts syphilomateux. L'ulcère est constitué, les bords sont déchiquetés, taillés à pic ; sa forme est généralement arrondie et le fond est tapissé par un liquide épais, crémeux, jaunâtre, d'une apparence bourbillonneuse sur laquelle M. Fournier appelle l'attention d'une façon spéciale.

Or, dans l'ulcère tuberculeux, s'il peut exister de petits tubercules isolés ou confluents, ils n'atteignent jamais les dimensions d'une gomme. De plus, il n'y a pas la sensation d'empâtement et l'œdème, quand il y en a, est très peu marqué. En outre, les caractères tirés des bords de l'ulcère et de sa forme sont pathognomoniques. Pour l'ulcère tuberculeux les bords sont moins nets par rapport au voisinage ; ils sont aussi à pic, mais presque irréguliers, c'est-à-dire qu'ils sont formés par la réunion de petites ulcérations comme à l'emporte-pièce et séparées par des languettes triangulaires de muqueuse. Dans l'ulcère syphilitique le fond acquiert une profondeur égale en tous points ; l'autre ne se comporte pas de la même manière. Chez le tuberculeux le fond offre des bourgeons charnus, recouverts par place d'un enduit grisâtre, nullement comparable à l'aspect bourbillonneux de la gomme ulcérée. On peut observer dans le fond ou tout autour de la gomme ulcérée des points jaunâtres, nodules de Trélat, qui font toujours défaut dans la syphilis. Les lésions con-

comitantes ne sont pas les mêmes non plus dans les deux affections. La syphilis attaque souvent le nez, les os surtout, provoquant un effondrement très accentué; le lupus peut aussi se localiser à cette région, mais il ravage de préférence les ailes du nez.

On aura soin en outre d'examiner le système général du malade, l'état des poumons; et dans les cas douteux on aura recours au traitement spécifique, qui donnera la véritable solution.

On voit ainsi qu'en remontant aux antécédents du malade, en analysant bien les symptômes, on peut arriver à la notion étiologique. Et pour nous résumer nous dirons, que le plus ordinairement facile, le diagnostic de perforation syphilitique du palais osseux est quelquefois difficile, mais bien rarement impossible.

PRONOSTIC

Le pronostic de la perforation syphilitique de la voûte osseuse du palais est assez sérieux, à cause des troubles fonctionnels qu'entraîne cette lésion : gêne de la parole, de la déglutition ; et à cause des troubles qui l'accompagnent assez souvent : coryza chronique, ozène.

Il est surtout grave, quand le malade est un individu qui par sa profession fait un usage journalier de sa voix : chanteurs, artistes dramatiques, orateurs, etc. ; ou de l'action de souffler : orfèvres, souffleurs de verre, joueurs d'instruments à vent. Le pronostic varie naturellement avec l'étendue de la perforation. Les petites pertes de substance peuvent être facilement corrigées, souvent même, elles entraînent des troubles insignifiants ; il n'en est pas de même, de celles qui détruisent une portion considérable de la région. Il varie aussi suivant le siège de la perforation. Au point de vue général, le pronostic peut être grave parce que cette perforation est quelquefois l'indice d'une malignité spéciale de la maladie ; et comme le dit M. Cornil « ces pertes de substance de la voûte osseuse » associées aux ostéites et aux nécroses des os de la face, à

« des suppurations interminables, à l'ozène, à des déla-
« brements du voile du palais et du pharynx, sont peut-
« être ce qu'il y a de plus dégoûtant et de plus long dans
« la syphilis ».

ÉTIOLOGIE

La syphilis est la cause déterminante des perforations qui nous occupent ; soit qu'on ait affaire à la syphilis acquise ou à la syphilis héréditaire. Ces perforations sont-elles plus fréquentes dans l'une ou l'autre de ces variétés ? Les documents nous manquent pour trancher la question.

J. Mackenzie fait remarquer que parfois les ulcérations bucco-pharyngées de la syphilis héréditaire ont une tendance toute spéciale à envahir rapidement les tissus profonds, et ont un caractère de malignité tout à fait caractéristique. Ces particularités seraient surtout vraies pour les lésions qui se produisent dans les premières années de la vie.

Imputables à la syphilis acquise ou à la syphilis constitutionnelle, ces perforations en tout cas ne sont pas rares ; si on en juge par l'opinion des syphiligraphes et par le nombre des observations que rapportent ces auteurs. Encore ne faut-il pas juger la fréquence des cas, par ces dernières observations, car bon nombre des perforations passent inaperçues, soit que petites, elles n'occasionnent aucun

trouble appréciable, ou que les malades refusent toute intervention médicale, et remédient eux-mêmes à leur infirmité à l'aide d'appareils plus ou moins ingénieux.

Quant à la fréquence de la perforation par rapport à un nombre donné de syphilis acquises ou congénitales, nous manquons de chiffre, en ce qui concerne la première. Pour la syphilis héréditaire tardive M. le professeur Fournier fait remarquer la notable fréquence des accidents du côté du squelette nasal et de la voûte palatine. Sur 212 cas qui composent ma statistique, dit « M. Fournier, j'en trouve 26 qui sont relatifs à des « manifestations de ce genre ». Ce qui porte à plus de 10 o/o les malades hérédo-syphilitiques pouvant présenter des lésions osseuses de cette région.

Si maintenant on cherche à quelle époque de l'infection surviennent les perforations, on s'aperçoit que c'est très variable. Dans la syphilis héréditaire, les lésions bucco-pharyngées et la perforation notamment seraient surtout fréquentes, dans les premières années de la vie (J. Mackenzie). Ces lésions s'observent également à un âge plus avancé, et jusqu'à la puberté. On a rapporté des exemples où la perforation s'est produite après la vingtième année. Dans la syphilis acquise la date d'apparition de la perte de substance peut osciller dans des limites également très étendues. Si nous nous reportons au tableau dressé par Mauriac nous voyons que sur 15 cas, l'intervalle entre l'accident primitif et la détermination bucco-pharyngée a été :

Incertain	4 fois
de 7 ans.	3 fois
de 5 ans.	1 fois
de 3 ans	1 fois
de 15 ans.	1 fois
de 10 ans.	1 fois
de 12 ans.	1 fois
de 19 ans.	1 fois
de 20 mois	1 fois
de 8 mois.	1 fois

« Ainsi les deux extrêmes ont été 19 ans d'une part et de huit mois de l'autre. En mettant de côté ce fait de précocité qui n'est pas aussi extraordinaire qu'on pourrait le croire, on trouverait pour 11 cas, 94 années, soit une moyenne de 8 ans et demi ». Les dates moyennes données par M. Mauriac sont à peu près celles relatées par Seifert (Congrès de Nuremberg, 1893. *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1894, p. 1122). « Les gommes nasopharyngiennes, dit cet auteur, apparaissent le plus souvent de 8 à 15 ans après l'infection ».

Si nous nous reportons aux observations relatées à la fin de ce travail, nous voyons que la perforation du palais osseux est survenue :

A une date indéterminée dans	4 cas
3 ans après l'infection »	1 »
4 » » »	1 »
5 » » »	1 »
6 » » »	1 »
7 » » »	1 »
8 » » »	1 »

10	»	»	»		1	»
11	»	»	»		2	»
14	»	»	»		1	»
15	»	»	»		1	»

Ce qui fait pour 11 cas un total de 83 ans et une moyenne de 7 ans et demi environ.

Les conditions qui font que la syphilis se localise du côté du palais osseux et amène sa perforation sont très mal connues. Toutefois, on peut admettre avec M. Mackenzie que chez les syphilitiques le catarrhe chronique ou toute autre affection accidentelle tend à amener des manifestations de la maladie dans les fosses nasales et secondairement du côté de la voûte palatine. Pour le même auteur, la diathèse strumeuse semble avoir une influence sur cette localisation et prédisposerait les malades aux plus graves manifestations de la syphilis dans les fosses nasales.

C'est aussi la façon de voir de M. Hallopeau. De plus, pour ce distingué syphiligraphe, les nombreux microbes qui résident dans les fosses nasales, et nous pourrions ajouter dans la bouche, par l'irritation continue qu'ils déterminent, peuvent être un point d'appel des lésions syphilitiques. Ajoutons au rôle des microbes, celui joué par l'irritation, voire même le traumatisme de certains aliments durs, hérissés d'aspérités; traumatisme qui peut créer momentanément un lien de moindre résistance et permettre aux lésions syphilitiques de se cantonner en ce point et d'y progresser.

PATHOGÉNIE

Nous venons d'étudier les symptômes et les causes de la perforation syphilitique du palais osseux. Nous devons nous demander maintenant comment elle se produit. La pathogénie de cette lésion est en effet variable suivant les auteurs, et cette dissidence tient vraisemblablement à ce que le processus n'agit pas toujours de la même façon.

On peut grouper sous trois chefs, les opinions en présence :

Pour les uns, la lésion débiterait par l'os ;

Pour les autres, tous les tissus de la voûte palatine seraient envahis en même temps ;

Enfin pour un troisième groupe d'auteurs, le début se ferait par la muqueuse ; et ceux-ci se divisent en deux catégories, suivant que la muqueuse primitivement atteinte serait celle du plancher nasal ou de la voûte palatine.

Le début par l'os est surtout admis ; mais non exclusivement par M. Mauriac. Cet auteur dit en effet : « Toutes les nécroses ne sont pas consécutives et produites par l'ischémie qu'entraîne dans le tissu osseux le voisinage des tumeurs gommeuses ou des hyperplasies dif-

« fuses. L'action syphilitique s'établit aussi primitivement
« sur les os et elle les attaque de deux façons, qui ont
« une grande analogie avec les deux processus destruc-
« tifs des parties molles. »

Aussi le premier processus est constitué par une congestion rapidement suivie d'une destruction moléculaire ; d'une sorte de phagédénisme du tissu osseux. C'est l'ostéite raréfiante. Cette forme de lésion osseuse coïncide fréquemment avec les ulcérations serpigineuses de la pituitaire. C'est elle surtout qui détruit les cornets, les os propres du nez, les cellules de l'éthmoïde, les pièces osseuses de la cloison...

Elle donne lieu à une sécrétion abondante du pus ichoreux qui se mêle avec celui que fournissent aussi les ulcérations de la pituitaire.

Telle est la cause du catarrhe nasal syphilitique qu'on le désignait autrefois sous le nom d'ozène. Tandis que l'ostéite a pour siège de prédilection la partie supérieure des fosses nasales, le second processus des lésions osseuses, c'est-à-dire la nécrose, s'établit plus volontiers sur la voûte palatine et les os qu'elle supporte. Quand elle est primitive, elle résulte de l'infiltration diffuse ou gommeuse des cellules osseuses et se produit de la même manière que la destruction des parties molles. Au moment où s'effectue la fente de l'hyperplasie, le tissu osseux se trouve frappé de mort dans une étendue qui correspond à celle de l'infiltration ou qui la dépasse.

Qu'arrive-t-il alors ? C'est qu'il faut que le séquestre soit éliminé. Or, il ne peut l'être que si les parties molles qui le recouvrent s'ulcèrent pour lui livrer passage. C'est

ce qui a lieu; de là des pertes de substance plus ou moins considérables qui mettent le séquestre à nu. Mais il peut arriver que toutes les parties soient envahies en même temps. Il y a à la fois dépôt hyperplasique dans le tissu osseux et dans les muqueuses pituitaire et buccale. C'est dans ces cas surtout que la perforation évolue avec une rapidité véritablement foudroyante et sans que le malade ait présenté le moindre signe d'alarme. Au travail d'hyperplasie fait bientôt suite en effet la phase régressive qui entraîne « les parties molles et les parties dures dans la même débâcle. Si elle est diffuse, on peut juger des désordres qui en sont la conséquence. C'est en pareil cas, qu'on voit tomber du même coup, par le fait de la nécrobiose des parties molles et des parties dures, toute la région moyenne de la voûte palatine et la moitié supérieure de la cloison du nez » (Mauriac).

Dans un troisième groupe de faits, le début de la lésion peut se faire du côté des muqueuses. Ici deux opinions sont en présence. Pour les uns, et c'est jusqu'ici l'opinion classique, ce serait la fibro-muqueuse palatine qui serait atteinte la première. Il se ferait en un point quelconque de la voûte, mais plus particulièrement vers le centre, une infiltration hyperplasique qui aboutissant à l'ulcération et à la mise à nu des parties osseuses. L'os, mal irrigué, se nécroserait, la muqueuse pituitaire à son tour se détruirait et ainsi se produirait la communication des fosses nasales et de la cavité buccale par un orifice pathologique. Cette pathogénie est celle adoptée par M. le professeur Tillaux pour la majorité des cas, sans cepen-

dant rejeter entièrement les autres processus. Voici du reste comment il s'exprime dans son *Traité de chirurgie clinique* (tome I, p. 326).

« Quel que soit le point de départ primitif des gommes : pituitaire, paroi osseuse ou fibro-muqueuse palatine, ce qu'il est d'ailleurs assez difficile de déterminer d'une façon précise, car on ne voit pas souvent les malades à cette période, l'évolution est identique, ainsi que le résultat, c'est-à-dire la perforation de la voûte palatine. Je crois cependant que le siège le plus commun de cette production est la fibro-muqueuse palatine. La tumeur d'abord formée par le dépôt du tissu gommeux se ramollit, donne naissance à un abcès qui décolle la muqueuse et ne tarde pas à s'ulcérer. La nécrose se produit et une perforation plus ou moins étendue en est le résultat. »

Tout autre est l'opinion de M. le professeur Duplay. Et il n'accepte pas l'opinion classique « à cause des difficultés qu'on rencontre lorsqu'on veut appliquer cette doctrine à la clinique. » Deux faits, dit M. Duplay, ont surtout attiré mon attention. Le premier c'est le siège presque exclusif sur la ligne médiane. Ces perforations empiètent, tantôt un peu à gauche, tantôt un peu à droite, mais elles siègent toujours en partie sur la ligne médiane. Or, on ne voit pas pourquoi une gomme se développerait plutôt sur la ligne médiane qu'en tout autre point. Le second point qui m'a frappé, ajoute l'auteur, dans cette doctrine de la gomme sous-périostée, c'est qu'on ne s'explique pas pourquoi ces gommes produiraient toujours une perforation : nous voyons tous les jours des gommes

du crâne qui altèrent tout au plus une mince lamelle d'os sans produire de perforation.

« Il y a donc là deux faits qui ne cadrent pas avec la
« doctrine classique, et depuis longtemps je me suis con-
« vaincu que cette doctrine n'est pas exacte. En étudiant
« les malades, on voit que bien avant la prétendue gomme
« palatine, ils ont été frappés d'un autre accident syphi-
« litique, le coryza. L'existence antérieure du coryza
« syphilitique étant établie, il me reste à dire comment il
« faut comprendre son rôle pathogénique à l'égard de la
« perforation palatine. Le coryza syphilitique donne lieu
« à la perforation de gommes ou de périostites gommeu-
« ses qui peuvent se développer à tous les points des
« fosses nasales. Mais ces gommes ont une prédilection
« toute particulière pour la synostose qui unit le bord
« inférieur du vomer aux lames horizontales des os pala-
« tins et du maxillaire supérieur. La raison de cette pré-
« dilection, je ne la connais pas, mais le fait, je vous le
« certifie. Cette portion du squelette est atteinte de bonne
« heure ou seule ou en même temps que d'autres points.
« La gomme se développe donc d'abord du côté des fos-
« ses nasales. Alors il se produit un phénomène qui n'est
« pas rare dans les périostites des os plats. On voit sou-
« vent, quand un os plat est atteint de périostite sur une
« de ses faces, la face opposée être envahie à son tour.
« On observe ce processus sur le sternum, sur les os du
« crâne, où il acquiert un si haut degré de gravité en
« raison du voisinage du cerveau. De même dans la
« région qui nous occupe, à la suite de la gomme sous-
« périostée développée du côté des fosses nasales, appa-

« raît un pet't abcès du côté de la cavité buccale, et cette
« petite tumeur palatine considérée par les classiques
« comme primitive est au contraire secondaire... » « Donc
« il s'agit primitivement d'une gomme nasale, et je me
« demande même si ce n'est pas plutôt un simple abcès
« consécutif au coryza qu'une gomme, car après l'élimi-
« nation du séquestre, la cicatrisation se produit toujours
« régulièrement et rapidement. »

L'importance pathogénique et la haute originalité de l'opinion de M. le professeur Dup'ay, nous ont engagé à citer textuellement ses paroles. Cette opinion est du reste partagée par M. le professeur Fournier qui admet que les perforations syphilitiques se font le plus souvent de haut en bas, c'est-à-dire du nez vers la bouche. « Le plus souvent elles sont la conséquence des lésions originellement développées dans les cavités nasales. » M. Fournier fait remarquer combien le coryza syphilitique est fréquent dans la vérole constitutionnelle; or, nous savons d'après les statistiques de ce maître éminent, quelle large place occupent les perforations palatines dans les accidents bucco-pharyngées de la syphilis héréditaire. Est-ce à dire cependant que l'opinion de MM. Duplay et Fournier doit être admise dans tous les cas? Nous ne le pensons pas. Si nous nous reportons aux maladies que nous avons pu interroger, ou aux observations que nous avons compulsées, nous voyons que le coryza initial peut manquer dans bien des cas.

Il est vrai que pour les observations qui sont muettes à ce sujet, on peut admettre que ce coryza ait existé bien souvent, et que le manque de renseignements est

la seule cause de son omission. Toutefois, dans un cas opéré par M. le professeur Tillaux, et que nous rapportons à la fin de cette étude; le malade n'a jamais accusé de coryza, bien qu'à plusieurs reprises, nous ayons appelé son attention sur ce point.

A notre avis, il faut être éclectique et ne pas admettre une pathogénie exclusive. Il est des cas assez nombreux où le coryza existait bien avant les phénomènes survenus du côté du palais osseux; et dans une observation de Mikulicz, le diagnostic de rhinite syphilitique fut d'abord porté, et ce n'est que plusieurs mois après qu'apparut la perforation (Obs. XI). Il en est de même, dans un cas rapporté par Ricord, et dans une observation citée par M. Duplay (Obs XII). Pour ce qui a trait à ces faits, le début par la pituitaire ne paraît pas douteux. Mais il en est d'autres où ces signes du côté du nez sont absolument défaut et pourtant une perforation syphilitique se produit. Dans ces cas que les documents nous ont montré être assez nombreux, le début par la fibro-muqueuse palatine ne nous paraît pas douteux.

Aussi pour résumer cette étude nous dirons : la pathogénie de la perforation palatine est complexe. Le début du processus peut se faire quelquefois par l'os, d'autres fois par tous les tissus à la fois, la plupart du temps par les parties molles d'abord. Et dans ces derniers cas, les plus nombreux, tout en admettant, pour une large part, l'opinion soutenue par MM. Duplay et Fournier, nous estimons cependant que dans bien des cas l'origine se fait par la fibro-muqueuse palatine.

TRAITEMENT

Envisagé à un point de vue général, le traitement des perforations syphilitiques de la voûte palatine varie suivant l'étendue de ces perforations et l'époque à laquelle on les observe.

Si la perforation est à sa première phase, un traitement médical bien dirigé pourra, dans certaines circonstances, en arrêter l'évolution.

De même si la perte de substance est peu étendue, il suffira quelquefois d'une intervention tout à fait légère pour la faire disparaître ou obvier aux inconvénients qu'elle entraîne.

Le traitement des perforations du palais osseux est donc médical ou chirurgical.

Le traitement médical à son tour est prophylactique ou curatif, suivant qu'il a pour but d'empêcher la perforation de se produire ou d'amener sa guérison, une fois cette perforation faite.

Chez un syphilitique avéré, il faudra surveiller avec soin la voûte palatine et le nez, et attacher une grande importance au coryza, sur lequel M. le professeur Duplay

a insisté avec tant d'autorité. Le moindre mal de gorge devra éveiller l'attention du médecin, car c'est souvent le premier phénomène accusé par les malades. Un bouton, un léger bobo siégeant sur la voûte palatine prend chez eux une signification tout à fait importante, alors qu'il serait sans intérêt chez un individu indemne de tout accident de spécificité.

On prescrira donc l'iodure de potassium à doses successivement croissantes. On commencera par un ou deux grammes pour arriver très vite à trois ou quatre grammes et même à six grammes et plus. Ce traitement sera continué suffisamment longtemps, même après la disparition complète de tout phénomène alarmant. On y reviendra à la moindre alerte.

Dans certains cas on devra associer à l'iodure de potassium les préparations mercurielles, soit à l'intérieur sous forme de protoiodure d'hydrargyre, de liqueur de Van Swieten ; soit à l'extérieur sous forme de frictions mercurielles, ou d'injections au calomel...)

Même si la perforation est faite, le traitement médical devra encore être institué, à titre curatif. Dans certains cas (Vidal de Cassis, Roux de Toulon) rares il est vrai, mais qui ne paraissent pas douteux, une perforation syphilitique réellement constituée, mais à son début, a pu rétrocéder sous l'influence du traitement que nous préconisons plus haut.

Au traitement spécifique, on adjoindra toutes les médications qui ont pour but de tonifier le malade : une bonne alimentation, la vie au grand air mais sans fatigue, les bains sulfureux, les frictions de la peau, le sirop d'iodure

de fer, même l'huile de foie de morue et les différentes préparations de quinquina. On devra en outre faire des attouchements des parties atteintes, soit à l'aide de la teinture d'iode, soit à l'aide du nitrate d'argent ou de tel autre agent caustique, l'acide lactique par exemple. Mais on employait l'acide nitrique ; Dieffenbach la teinture de cantharide ; J. Cloquet la cautérisation au thermo-cautère. Mais cette dernière méthode, dont son auteur et après lui le baron H. Larrey ont fait grand éloge, ne paraît pas donner aujourd'hui d'aussi bons résultats.

Même dans les cas, où seul il serait impuissant, le traitement médical ne doit pas être laissé de côté. Il devient un auxiliaire puissant de la guérison, une condition indispensable de succès pour l'opération sanglante ou le bon fonctionnement des appareils prothétiques.

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — On peut le diviser en deux parties suivant qu'il y a ou non opération sanglante.

Dans le premier cas, c'est l'*uranoplastie* ou *traitement curatif* ; dans le second, c'est la *prothèse* ou *traitement palliatif*.

Prothèse. — Les appareils prothétiques sont décrits sous le nom d'obturateurs. Leur usage remonte à Ambroise l'aré. Baizeau attribue leur invention à Pétronius (1566). Si l'on s'en rapporte à l'ingéniosité des malades que nous avons pu observer, il est probable que dans leur forme la plus simple, ces appareils doivent avoir une origine beaucoup plus éloignée. Autrefois comme aujourd'hui la nécessité a dû rendre l'homme inventif.

Bon nombre de malades atteints de perforations palatines ont recours à des obturateurs des plus variés pour parer aux inconvénients de la perte de substance. Nous avons déjà rapporté l'exemple cité par M. le professeur Fournier d'un malade qui corrigeait sa perforation par l'application d'une feuille de cigarette. D'autres emploient des tampons faits de charpie ou d'ouate. Dudon (de Bordeaux), cite le cas d'un malade qui se servait d'un morceau de pomme (Obs. VII). Nous-même, à l'hôpital Saint-Louis, avons observé à la consultation de M. le Dr Hallopeau, un sujet atteint de perforation syphilitique de la voûte, à laquelle il remédiait à l'aide d'un bouchon taillé dans un morceau de liège. Bien d'autres substances peuvent être employées par les malades. Nous n'avons pas la prétention de les indiquer toutes. C'est du reste plutôt à titre de curiosité que nous en avons cité quelques-unes.

Ce sont là, en effet, des appareils toujours très primitifs, et depuis plusieurs siècles, ainsi que nous l'avons vu, les hommes de l'art avaient cherché à corriger cette difformité par des appareils construits sur des données plus rationnelles.

On peut ranger en deux classes principales les différents obturateurs connus, suivant qu'une de leur portion pénètre à travers la perforation au-dessus du plancher des fosses nasales, ou que restant tout entiers dans la bouche où ils prennent un point d'appui, ils se moulent exactement de bas en haut au pourtour des perforations qu'ils recouvrent hermétiquement. La substance dont ils se composent a subi un changement très heureux; au lieu

des métaux dont le contact n'était pas sans inconvénient, on se sert aujourd'hui presque exclusivement dans leur fabrication de vulcanite qui est extrêmement précieuse pour cet usage.

A la première classe appartiennent les obturateurs d'Ambroise Paré. Ce chirurgien employait, soit des obturateurs à éponge, soit des obturateurs entièrement métalliques, en forme de boutons de chemise. Les obturateurs à éponge se composaient d'une plaque de métal destinée à s'appliquer sur la voûte palatine et à obturer la perforation. Cette plaque était surmontée d'une éponge qu'on introduisait dans l'orifice et qui en se gonflant maintenait l'appareil en place. L'éponge avait des inconvénients. Sa présence devenait très pénible pour le malade, et en s'imbibant des sécrétions nasales elle amenait la fétidité de l'haleine.

Les appareils en forme de boutons de chemise comprenaient également deux parties : une inférieure, s'appliquant sur la perforation qu'elle fermait de toutes parts, et une supérieure plus petite, mobile sur la première par un pivot, et ayant la forme et les dimensions de la perforation, mais dont les diamètres étaient un peu moindres que ceux de la perte de substance. On présentait d'abord à l'ouverture la petite plaque en ayant soin de diriger son grand diamètre parallèlement à celui de l'ouverture qu'il devait franchir, puis on l'engageait assez profondément pour que la plaque arrive au-dessus du plancher des fosses nasales ; alors à l'aide d'un bec de corbin, on faisait tourner le pivot sur son axe, de manière que la plaque

nasale fut dirigée perpendiculairement au grand axe de la perforation et maintint le tout.

Fauchard, en 1728, inventa les obturateurs à ailes ; plus tard on construisit des obturateurs à verrous. Mais tous ces obturateurs avaient un grave défaut, celui d'empêcher la perforation de se combler, et quelquefois même de l'agrandir, par le frottement continu qui se faisait entre l'appareil et les bords de la perte de substance.

Un progrès fut réalisé par les obturateurs ne comprenant qu'une seule plaque et dont aucune partie ne pénétrait à travers la perforation. Cette plaque est maintenue en place par des crochets latéraux qui se fixent aux dents. Mais ici un inconvénient se substitue à un autre. D'abord il faut avoir affaire à des dents de bonne qualité, et ce n'est pas toujours le cas, surtout chez des sujets syphilitiques. En second lieu, ils peuvent ébranler et altérer les dents sur lesquelles on les fixe, et en se déplaçant ensuite, ils ne ferment plus hermétiquement l'ouverture. « Lorsque les crochets qui entourent les dents ne sont pas parfaitement ajustés, lorsqu'ils appuient plus fortement d'un côté que de l'autre sur la couronne et que, par suite, pendant les mouvements de mastication, ces dents subissent des pesées alternatives qui les ébranlent dans leurs alvéoles, il se déclare presque toujours de la périostite alvéolo-dentaire, subaiguë d'abord, puis aiguë avec abcès alvéolaire » (Andrieu). Qu'on emploie l'une ou l'autre variété d'obturateurs, on peut se trouver en présence d'inconvénients assez nombreux et même de dangers plus ou moins graves : les lésions des dents, la persistance du coryza, des phénomènes nerveux réflexes

(nausées, vomissements, parfois des douleurs intenses), le passage des appareils dans les voies aériennes ou digestives. Du reste, même avec les appareils les mieux confectionnés ; la voix reste parfois altérée en totalité ou partiellement : témoignage de Saint-Simon cité par Larrey « que la voix parlée restait nasonnée, tandis que la voix chantée devenait tout à fait naturelle et musicale ».

Aussi a-t-on cherché à combler la perte de substance non plus par des appareils, mais par des lambeaux de muqueuse empruntée à la région voisine. C'était substituer à un traitement palliatif un traitement curatif. Cette opération a reçu de Blandin le nom d'uranoplastie.

URANOPLASTIE.

Indications. — « Celles-ci n'existent que chez des individus dont la santé générale est satisfaisante. Il est évident que toute maladie aiguë ou chronique qui compromet les fonctions de nutrition ou de réparation doit arrêter le chirurgien pour un temps ou d'une manière définitive » (Trélat). Ces préceptes du professeur Trélat doivent toujours être présents à l'esprit du chirurgien. Pour les perforations qui nous occupent notamment, il y a nécessité d'attendre pour opérer (Le Dentu), que l'influence de la syphilis soit éteinte depuis déjà longtemps. Il faudra à cet égard se méfier particulièrement des lésions de la cloison des fosses nasales, moins faciles à reconnaître

lorsqu'elles sont profondes et éloignées des orifices des narines, que celles de la voûte osseuse, car ce n'est qu'après plusieurs examens attentifs des fosses nasales qu'on devra se croire autorisé à agir.

De toute façon, il sera de règle de soumettre le sujet à un traitement plus ou moins prolongé et d'attendre la cessation de tout travail réparateur naturel (Tillaux).

On interviendra lorsque les bords de la solution de continuité auront pris l'aspect blanchâtre sans processus inflammatoire, d'une cicatrice ferme et en même temps suffisamment vasculaire (Le Dentu). C'est là, d'ailleurs, les recommandations de tous les maîtres de la Chirurgie, de Verneuil, de Duplay.

Avant toute intervention, on devra donc donner l'iode, et dans certains cas il est nécessaire de donner des doses élevées. Chez certains malades qui n'ont pas été suffisamment soignées au début, il est bon d'y adjoindre le mercure selon l'indication de M. le professeur Duplay. On devra faire en même temps, de grands lavages répétés de la bouche et du nez, de façon à déterger les parties atteintes, et à entraîner au dehors les agents figurés et leurs toxines, dont l'action sur toutes ces régions est si funeste.

Au point de vue fonctionnel, l'uranoplastie, si elle réussit, donne des résultats complets. Non seulement elle rend la mastication normale, mais encore, elle restitue la netteté de la prononciation.

Les indications posées, quel procédé opératoire suivra-t-on ? De nombreux procédés ont été préconisés. Il n'est pas dans notre sujet de les décrire tous, plusieurs

ne s'appliquant pas à la perforation syphilitique. Nous donnerons un aperçu rapide de la majorité d'entre eux, pour nous arrêter un peu longuement au procédé de choix celui qu'on emploie généralement aujourd'hui et qui a été décrit minutieusement pour la première fois par Baizeau.

On peut ranger sous trois chefs, les différents procédés employés pour l'uranoplastie.

1° *Procédé par glissement.* — (Roux, Sédillot, Hulke). Ce procédé consiste à décoller la muqueuse de chaque côté de la division, à aviver puis à suturer.

2° *Procédé par renversement.* — (Krimmer, Velpeau, Pancoast, Bonfils, Sanson). Il consiste à faire à droite et à gauche de la division, un lambeau que l'on décolle de dehors en dedans, le laissant adhérent au bord de la perforation; à renverser ces lambeaux sur eux-mêmes, de sorte que leur face cruentée est tournée vers la bouche, tandis que leur face épithéliale regarde les fosses nasales; puis à les suturer ensemble.

3° *Procédés par déplacement latéral.* — (Botrel, Roux, Dieffenbach, Avery, Baizeau, Langenbeck), dans lesquels on taille soit des lambeaux libres en avant, soit des lambeaux en forme de ponts adhérents à la voûte par leurs deux extrémités. Les procédés de ce dernier groupe sont les seuls applicables à l'immense majorité des cas (P. Marduel *in Dict.* Jaccoud). Le plus employé est celui décrit par Baizeau en 1858, dit procédé en double pont. Mais avant d'entrer dans quelques détails sur ce procédé; nous résumerons brièvement d'autres procédés plus nouveaux et qui entre les mains de certains opérateurs ont donné d'incontestables résultats.

Procédé ostéo-muqueux (Dieffenbach, G. Simon, Fergusson, Lannelongue). — On fait de chaque côté de la perforation un lambeau intéressant la muqueuse et l'os, on rapproche les deux lambeaux ainsi obtenus et on les suture après avivement. Ce procédé a donné des succès (Lannelongue). Ce maître, à la société de chirurgie (juillet 1877) s'exprime ainsi : « La substitution d'un tissu « cicatriciel à un tissu muqueux ; l'amincissement quel- « quefois extrême offert par la muqueuse ainsi modifiée « et par suite une vitalité insuffisante ; telles sont les « conditions que l'on rencontre souvent et qui expliquent « de fréquents insuccès. Le procédé ostéo-muqueux me « paraît ici présenter des avantages incontestables. En- « tre toutes les divisions accidentelles de la voûte pala- « tine, celles qui sont allongées, auraient-elles jusqu'à « deux centimètres de longueurs, si elles n'ont pas des « dimensions transversales très considérables, me parais- « sent les plus favorables à l'application du procédé. »

Malgré cette apologie du savant chirurgien, le procédé ostéo-muqueux a des inconvénients. Il peut occasionner des hémorrhagies dès que la pituitaire est atteinte, et il est souvent difficile à pratiquer (Le Dentu).

Procédé par lambeau pris sur la cloison des fosses nasales (Lannelongue). — On fait un lambeau quadrangulaire au dépens de la muqueuse de la cloison, on la mobilise avec le périoste correspondant, on l'abaisse, on avive les bords de la fente palatine et on maintient le lambeau appliqué contre ceux-ci. M. le professeur Lannelongue l'a employé trois fois avec succès.

Procédé de M. Sabatier (de Lyon). — Après applica-

tion du chlorhydrate de cocaïne à 1/10 ; l'auteur détache au ciseau et au maillet la cloison nasale de son insertion crânienne ; par une section verticale, il la libère également en avant de ses attaches au nez, le lambeau n'est dès lors plus uni au reste du squelette que par son bord inférieur correspondant à l'apophyse palatine. A ce moment, le chirurgien lui fait subir un mouvement de rotation qui l'amène, sur la perte de substance.

M. Sabatier décrit trois temps à son procédé :

1° Libération de la cloison ; 2° Rotation ; 3° La suture au bord externe.

Les avantages, toujours d'après l'auteur, seraient l'absence d'hémorrhagie, la reconstitution immédiate d'un palais dur, la prononciation de certaines consonnes D et T qui exigent normalement un contact énergique entre la voûte palatine et les deux tiers antérieurs de la langue. Plus cette voûte résistera, mieux s'effectuera l'émission des sons.

Ce procédé trouve surtout son application (Sabatier) dans les larges fentes unilatérales. On lui a fait différents reproches : la section du lambeau osseux exige une grande force et quelquefois on ne réussit pas à amener le lambeau sur l'orifice qu'on veut oblitérer.

Procédé de Davier Colley. — Davier Colley (de Londres) a eu recours, dans un cas, pour une fissure de la voûte, chez un enfant, à un procédé spécial, qui n'est certes pas applicable à tous les cas. Cette opération est faite en quatre temps.

1° Tailler un lambeau triangulaire dans la moitié la plus large du palais osseux ;

2° Dissection d'une bandelette muqueuse du côté opposé près du bord de la fente. Renversement de cette bandelette, de sorte que sa surface saignante tourne en bas ;

3° Suture de cette bandelette au moyen de catgut ;

4° Fixation du premier lambeau sur la surface cruentée de la bandelette muqueuse et suture avec des fils métalliques.

Procédé à double pont en deux séances (Wolff et Poilaillon). — Pour parer aux hémorrhagies qui surviennent dans l'uranoplastie par le procédé de Baizeau, Wolff en Allemagne, Poilaillon en France, ont eu l'idée d'opérer en deux séances. Dans la première séance, on confectionne les lambeaux. Puis, deux ou trois jours après, on fait l'avivement et la suture.

Tout en reconnaissant que ce procédé peut être utile dans certains cas, nous ajouterons qu'en suivant les conseils de M. le professeur Tillaux, l'hémorrhagie est rare et qu'on est généralement autorisé à opérer en une seule séance.

Procédé de M. Quéau. — Il consiste à tailler un lambeau gingival ou palatin, que l'on retourne de manière à ce que la face épithéliale s'applique sur l'orifice à oblitérer, et que la face cruentée soit tournée en dehors. On recouvre cette dernière avec un lambeau labial. Ce procédé a donné un succès à son auteur.

Procédé de Baizeau. — C'est le procédé dit à double pont de lambeaux, procédé de choix et qu'on peut employer à peu près dans tous les cas.

Baizeau l'a décrit en 1858. Langenbeck, Trélat, Ehrmann (de Mulhouse), Tillaux, Dudon, Le Dentu, en ont complété le manuel opératoire. Antérieurement à ces auteurs, Dieffenbach, d'après Verneuil, l'aurait employé, mais sans succès.

Sur le procédé opératoire et la succession des temps, nous ne saurions mieux faire que de transcrire ici les remarquables pages, que M. le professeur Tillaux leur a consacrées :

Premier temps. — Incision latérale. — Pratiquer avec le bistouri une incision allant jusqu'à l'os et étendue de la dernière grosse molaire à la canine.

Deuxième temps. — Décollement. — Introduire par cette incision une spatule ou une rugine mousse, et à l'aide de pesées successives décoller la fibro-muqueuse dans toute l'étendue comprise entre les limites de l'incision et entre celle-ci et la perforation; l'extrémité de la rugine ou de la spatule doit pénétrer dans la perforation, afin que le décollement soit complet. La même manœuvre est ensuite pratiquée du côté opposé. La fibro-muqueuse palatine représente alors, de chaque côté de la perforation, un pont flottant qui se continue en avant et en arrière avec la partie non décollée et qui contient dans son épaisseur les vaisseaux et nerfs du palais.

Le décollement constitue le temps difficile, douloureux, de l'uranoplastie, et l'opération peut être considérée comme presque achevée quand il est bien effectué, ce

qui demande à peine quelques minutes. On laisse alors reposer le malade, s'il n'est pas endormi (je conseille de ne pas endormir les adultes); il se lave la bouche et on attend qu'il ne s'écoule plus de sang.

Troisième temps. — Aviver les bords de la perforation. — Ce temps est à la rigueur inutile, puisque les bords étant décollés de l'os se trouvent par là-même saignants; cependant, comme ces bords sont très amincis, il est préférable d'en retrancher un petit liseré, afin de leur donner surtout plus d'épaisseur.

Quatrième temps. — Suturer les lambeaux. — La suture est faite avec des fils métalliques ou avec des fils de soie. On se sert d'une aiguille analogue à celle de Reverdin, ou bien d'une aiguille courbe ordinaire. Grâce à l'abaissement facile des deux lambeaux flottants, ce temps est en général assez aisé. Lorsque le rapprochement est effectué, il reste de chaque côté une surface plus ou moins large constituée par le squelette de la voûte palatine, mais il ne survient pas de nécrose et ces surfaces s'oblitérent rapidement.

Le malade sera nourri à la cuiller avec des aliments liquides pendant les premiers jours; les sutures seront enlevées du cinquième au sixième jour.

Deux accidents peuvent résulter du fait de l'uranoplastie : l'hémorrhagie et la gangrène. M. le professeur Til-laux fait remarquer avec justesse que ces deux accidents peuvent être évités, si on a soin de comprendre dans les

lambeaux l'artère palatine postérieure. A cet effet on fera l'incision le plus près possible de l'arcade alvéolaire. « En autoplastie, dit M. Tillaux, il est de règle de donner au lambeau une largeur en rapport avec l'étendue de la perte de substance qu'il s'agit de combler, mais cette règle n'est pas applicable à l'uranoplastie : *Quelle que soit l'étendue de la perte de substance ou de l'écartement des apophyses palatines, les incisions latérales doivent porter sur le même point de la voûte.* L'incision sera donc pratiquée aussi excentriquement que possible, en longeant l'arcade alvéolaire sur le collet des dents. »

En terminant ce chapitre, nous dirons pour nous résumer : en présence d'une perforation syphilitique de la voûte palatine osseuse, voici la conduite que nous conseillons :

Si la perforation est récente et par trop étendue, si les bords sont à vif, bourgeonnants, on donnera le traitement spécifique intensif, on fera des attouchements à l'aide des substances caustiques que nous avons indiquées. Ces moyens sont-ils impuissants ; ou bien la perforation est-elle ancienne, les bords en sont-ils *entièrement cicatrisés*, la conduite du chirurgien variera suivant l'étendue de la perte de substance.

Si elle est de moyenne étendue, ce qui est du reste le cas le plus fréquent, à moins de conditions spéciales, que nous avons déjà résumées plus haut ou d'opposition du malade, on aura recours à l'uranoplastie, de préférence au procédé de Baizeau, avec les modifications apportées par notre éminent maître M. le professeur Tillaux.

Si elle est très étendue, cas les plus rares, on pourra y remédier par des appareils prothétiques, tout en ne se dissimulant pas que ces derniers, même les plus perfectionnés, ont de nombreux inconvénients.

D'ailleurs, comme le dit M. le professeur Tillaux, toute perforation pathologique de la voûte palatine doit être réparée par l'*uranoplastie*.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Baizeau. *Arch. gén. de médecine*, 1861, tome II, page 641.

H... Louis, cavalier de remonte, atteint, en 1856, d'un chancre induré à la base du gland, avec adénopathie inguinale du côté gauche, entre à l'hôpital de Fontenay-le-Comte (Vendée), où on lui fait prendre des pilules de proto-iodure de mercure pendant plusieurs mois. Peu de temps après ce traitement, des accidents secondaires apparaissent : syphilides pustuleuses du cuir chevelu, alopecie, plaques muqueuses aux lèvres et à l'anus. Soumis de nouveau aux préparations hydrargyriques, ces manifestations syphilitiques se dissipent. Mais, à la fin de 1859, la voûte palatine devient le siège d'un gonflement subinflammatoire ; *un abcès se forme et s'ouvre à la fois dans la bouche et dans les fosses nasales*. On constate alors une nécrose étendue des os du palais ; des séquestres volumineux sont extraits, et, sous l'influence de l'iodure de potassium, les parties molles ulcérées se cicatrisent, laissant une perforation pour laquelle ce malade vient au Val-de-

Grâce dans le service de M. Legouest, qui a la bonté de le confier à mes soins.

Au centre de la voûte palatine, sur la ligne médiane antéro-postérieure, à un centimètre et demi des incisives, est une ouverture elliptique, large transversalement de dix millimètres, et dont le grand diamètre, dirigé d'avant en arrière, mesure quinze millimètres ; les bords amincis, du reste assez réguliers, sont constitués par un tissu cicatriciel dur, blanc rosé ; le vomer, détruit au niveau de cet orifice, a complètement disparu, mais on distingue sur les côtés le bord inférieur des cornets. *En pressant la voûte de bas en haut, on remarque que la portion osseuse manque à peu près complètement sur les parties latérales et en arrière de la fistule ; on ne sent plus ça et là que quelques noyaux osseux isolés.*

La phonation est extrêmement altérée ; la voix est sourde, voilée, nasonnée, et les paroles sont peu distinctes. La déglutition est gênée ; les liquides et même les aliments solides passent par le nez, et entretiennent une irritation de la muqueuse nasale ; *pour boire, le malade est obligé de renverser la tête en arrière*, il ne peut ni siffler, ni fumer ; des mucosités nasales épaisses, filantes, s'engagent continuellement dans la fistule et s'écoulent dans la bouche.

La cicatrisation est complète depuis cinq mois, et toute trace syphilitique a disparu ; *cependant, par prudence, je prescris de l'iodure de potassium avant de tenter l'oblitération de la perforation.*

Le 24 octobre 1860. — Je pratique la palatoplastie. Je commence par l'avivement du pourtour de la fistule et afin de redresser les bords, qui présentent une courbure trop considérable pour permettre un rapprochement facile, je prolonge mes incisions, en avant et en arrière de cinq millimètres au-delà de la perforation, qui se trouve ainsi allongée d'un centimètre suivant le grand axe de la voûte. Je fais ensuite, de chaque côté, le long de l'arcade

dentaire et parallèlement aux bords latéraux de la fistule, une incision qui dépasse environ de six millimètres, en avant et en arrière, l'orifice avivé ; puis je détache, avec des bistouris courbes sur le plat et une spatule également recourbée, la partie antérieure des parties molles adhérentes à la voûte osseuse. Mes lambeaux, ainsi mobilisés, se rapprochent d'eux-mêmes ; très minces antérieurement, ils ont plus d'épaisseur à la partie postérieure, par suite de l'accolement de la muqueuse nasale à la muqueuse buccale ; quatre points de suture avec des fils d'argent maintiennent les lèvres de la plaie.

L'opération est heureusement terminée ; mais, croyant remarquer un peu de tension dans les lambeaux, je prolonge de trois ou quatre millimètres en arrière mon incision externe gauche ; immédiatement *une artère palatine comprise dans cette dernière incision fournit une quantité de sang abondante*. La disposition des parties s'opposant à l'application d'une ligature, je tamponne la plaie avec un bourdonnet de charpie, imbibé de persulfate de fer ; l'hémorragie persiste, mais elle cède à la compression faite avec le pouce par dessus le tamponnement et continuée pendant vingt minutes.

Le lendemain, les parties modérément tuméfiées sont recouvertes de mucosités mêlées au persulfate de fer. Le lambeau gauche, refoulé par la charpie, est renversé ; son bord interne regarde en haut et l'externe en bas. J'enlève le tamponnement au bout de quarante-huit heures, afin de faciliter le redressement du lambeau et de diminuer la tension de la suture : mais les fils métalliques ont déjà coupé les tissus à gauche et la réunion n'a pas lieu ; toutefois un changement favorable est obtenu, les deux lambeaux sont en contact, et la fistule se trouve transformée en une fissure longitudinale dont il est possible d'obtenir la cicatrisation en avançant les bords internes ; malheureusement le malade s'y refuse. Je fais alors, par la méthode de M. J. Cloquet, plusieurs cautérisations qui n'amènent la réunion que d'une partie de la fistule.

Enfin après plusieurs mois de vaines tentatives, la nécessité de l'avivement étant démontrée, je l'exécute et je place sur les lèvres de la perforation deux points de suture métalliques qui sont extraits le cinquième jour. L'oblitération est complète et définitive.

OBSERVATION II

(Baizeau, *loc. cit*)

G..., artilleur de la garde impériale, âgé de 27 ans, entré à l'hôpital de Val-de-Grâce, le 23 novembre 1860.

Il y a quatre ans, il a été atteint d'un chancre à la verge, suivi d'accidents secondaires, qui ont disparu sous l'influence d'un traitement antisyphilitique. Mais depuis quelques mois, il est survenu une *angine gutturale*, qui s'est compliquée d'ulcérations de la voûte palatine et du pharynx. A son arrivée à l'hôpital, on observe un gonflement des amygdales, et la voûte palatine présente *plusieurs perforations* dont les bords sont ulcérés. Après un traitement de quatre mois avec le bi-iodure de mercure et l'iodure de potassium, les ulcérations sont cicatrisées, et le malade insiste pour que j'oblitére une large fistule palatine qui gêne la déglutition et la phonation.

Cette perforation est sur la ligne médiane, à la partie postérieure de la voûte, empiétant un peu sur le voile du palais; irrégulière, elle a la forme d'un triangle à bords sinueux, et dont l'un des angles est dirigé en avant et les autres en arrière. Un de ces derniers, celui de droite, est aigu ; les autres arrondis et obtus. D'arrière en avant, l'ouverture a douze millimètres. Au niveau du tiers postérieur de la perforation, à quatre millimètres en dehors,

est une seconde fistule transversale, étroite, de six millimètres de longueur, surmontée elle-même, près de son extrémité externe, par un pertuis. Enfin, à gauche et en arrière sur le voile du palais, se voit une cicatrice résultant d'une ulcération qui a pénétré dans le pharynx, et a provoqué des adhérences entre ces parties.

J'avais peu de chance de succès ; d'abord la perforation principale était mal disposée pour le rapprochement latéral des lambeaux, ensuite les parties molles devant servir à la réparation étaient amincies et divisées à droite et adhérentes à gauche à la partie postérieure du pharynx.

L'opération fut exécutée par mon procédé : les lambeaux mis en contact furent réunis par cinq fils métalliques, mais au moment de la suture, le lambeau de droite, très aminci par l'ulcération, se déchira au niveau de la fissure latérale, et j'eus une ouverture transversale, dont je ne m'occupai pas pour le moment. Les choses se passèrent convenablement les premiers jours, la réunion immédiate semblait devoir se faire.

Malheureusement, comme je l'ai vu plus tard, la muqueuse pharyngienne et nasale était le siège d'ulcérations syphilitiques, qui gagnèrent le lambeau droit et le détruisirent en partie.

OBSERVATION III

In thèse W. Ward. Paris, 1882.

Le 1^{er} juin 1877, le nommé J. D..., entre à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Trélat, pour une perforation syphilitique de la voûte palatine. Il est âgé de 36 ans.

Antécédents. — Chancre et roséole en 1866, en 1875 rhuma-

tismes articulaires, en janvier 1877, gingivite, abcès et fistule de la joue gauche, au mois de mars de la même année, ulcération sur la ligne médiane et *vers la moitié de la longueur antéro-postérieure de la voûte* et issue d'un certain nombre d'esquilles. Le 15 mai, le malade vint à la consultation où on lui enleva un sequestre. Le travail ulcératif persistant toujours, le malade entra à l'hôpital le 1^{er} juin, fut mis au traitement et le 26 juillet, *bien que la marche de l'affection ne fût pas enrayée*, M. Trélat, sur les prières du malade, se décida à l'opérer.

Opération. — Le malade est chloroformé, dans la position ordinaire, l'avivement des bords de la fistule se fait au bistouri, les incisions libératrices sont pratiquées sur les bords alvéolaires et les lambeaux libérés par le décollement sont suturés sur la ligne médiane au moyen de quatre fils métalliques posés avec l'aiguille à crochet.

Le 27 juillet. — Un des points a disparu.

Le 30. — Les fils sont enlevés, mais il reste une petite fistule.

Le 12 août. — M. Trélat part en vacances, le malade reste à l'hôpital.

Le 16 octobre, — Au retour des vacances, *la fistule qui s'est reproduite est même devenue plus grande qu'au moment de l'opération.*

On lui enlève de nouveaux séquestres; on remet le malade au traitement spécifique et l'opération est renvoyée à une époque indéterminée.

Le 21 novembre. — Le malade, atteint d'une fièvre typhoïde, passe en médecine où il meurt d'une hémorrhagie intestinale.

OBSERVATION IV

W. Ward, *loc. cit.*

La nommée F... (Marie), âgée de 30 ans, entre, à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Trélat, le 8 janvier 1881, pour une perforation syphilitique de la voûte.

Antécédents. — Il y a dix ans, cette malade a eu un chancre suivi de bubons suppurés. Deux mois avant son entrée à l'hôpital, elle aurait eu sur le palais, aux points correspondants aux perforations actuelles, deux plaques saillantes ulcérées lentement, creusant et perforant la muqueuse et la cloison osseuse sans la moindre douleur.

Etat actuel. — Elle présente sur la ligne médiane deux perforations séparées l'une de l'autre par un petit pont ostéo-muqueux de 1/2 centimètre environ, la première située à quatorze millimètres des incisives, mesure six millimètres d'avant en arrière; la deuxième, d'un diamètre un peu supérieur, est à cheval sur la voûte et le voile; ces deux ouvertures sont absolument nettes, taillées à l'emporte-pièce et leur pourtour est d'une coloration normale.

Le 20 janvier. — La malade est soumise à un traitement anti-syphilitique et le 5 mars, l'affection paraissant enrayée, on procède à l'opération.

Opération. — La malade prend une potion de 4 grammes de chloral et 40 grammes sirop de morphine, est placée dans la position habituelle et munie du nouveau bâillon de Collin; on lui fait respirer du chloroforme.

L'avivement se fait en supprimant le petit pont qui sépare les

deux fistules. Ainsi réunies, elles forment une perforation unique mesurant trois centimètres environ.

Les incisions libératrices amènent une hémorrhagie intense et sont pratiquées depuis les piliers antérieurs jusqu'à la partie antérieure de la voûte, très près du bord alvéolaire.

Les points de suture, au nombre de quatre, sont passés avec l'aiguille d'Aubry.

Le 12 mars. — Le premier et l'avant-dernier points sont enlevés.

Le 14 mars. — Ablation des derniers.

Le 17. — La malade, qui va très bien, quitte l'hôpital.

OBSERVATION V

W. Ward, *loc. cit.*

Le nommé P. L..., employé de commerce, âgé de 37 ans, entre le 1^{er} juin 1881, à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Trélat, salle Saint-Pierre, portant une fistule palatine de nature syphilitique.

Antécédents. — Ce malade, au service militaire en 1865, a eu, en Afrique, un chancre suivi de syphilides. Il raconte que, vers 1879, il reçut un coup de poing sur le nez et qu'il s'aperçut le lendemain qu'il portait sur la ligne médiane du palais, un peu en arrière de l'arcade dentaire, une petite fistule qui resta stationnaire jusqu'en mars 1881, époque à laquelle il sortit une esquille d'un demi-centimètre de diamètre environ. Depuis, ni douleur ni suppuration. Ce malade afin de pouvoir parler porte un petit obturateur en cire de sa fabrication.

Etat actuel. — La fistule est ronde, mesure un centimètre de diamètre environ. Les bords sont nets, pas ulcérés.

Opération le 29 juillet. — Le malade, placé dans la position habituelle, est très difficile à chloroformer, vu son degré d'alcoolisme.

On lui applique le bâillon de MM. Trélat et Collin. L'avivement offre de grandes difficultés à cause de la situation de la fistule qui est cachée derrière les incisives et dont l'ouverture qui regarde le fond de la bouche rend le maniement des instruments très pénible ; de plus les bords sont durs, cicatriciels et immédiatement appliqués sur l'os, si bien que cet avivement se borne à une simple incision faisant le tour de la fistule sans ablation de lambeau.

Les incisions libératrices beaucoup plus longues que le diamètre de la fistule donnent peu de sang, le décollement se fait non-seulement sur la voûte, qui est en arrière de la perforation, mais aussi sur toute la portion située entre les incisives et elle.

Trois points de fil d'argent sont placés au moyen de l'aiguille d'Aubry et de l'aiguille à hameçon. L'opération a duré trois quarts d'heure.

Le 2 août. — Ablation de tous les fils, la suture est parfaite et quelques jours après le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION VI

(W. Ward, *loc. cit.*).

La nommée Louise R..., âgée de 38 ans, entre à l'hôpital Necker, dans le service de M. le professeur Trélat, le 20 novembre 1881 pour une division syphilitique de la voûte.

Antécédents. — Bien que la malade n'avoue pas d'antécédents spécifiques, son traitement antérieur à l'iodure de potassium, ses douleurs de tête et d'oreilles, ses maux de gorge, la carie des os du nez et la nécrose d'une partie de la voûte palatine qui remonte à 18 mois, ne laissent aucun doute sur l'origine de l'affection; aussi avant de procéder à l'opération, la soumet-on à un traitement approprié.

Etat actuel. — La perforation est située sur la voûte, à égale distance de son bord postérieur et des incisives; elle occupe la ligne médiane, mesure seize millimètres dans son plus grand diamètre d'avant en arrière et de huit à neuf millimètres de large.

Opération le 20 janvier 1882. — La malade à qui on a donné une potion contenant 4 grammes chloral et 40 grammes sirop de morphine est placée dans la position habituelle et facilement anesthésiée au moyen d'une très faible quantité de chloroforme. La bouche est maintenue ouverte par le bâillon de Collin.

L'avivement donne un petit lambeau excisé circulaire absolument complet, pointu à ses deux extrémités, de façon à laisser à la perforation la forme d'une feuille de laurier, disposition qui permet la coaptation complète des deux bords, sans produire aux deux extrémités, après la suture, un petit pertuis en forme de raquette, ce qui compromettrait le résultat. Les incisions libératrices sont faites à droite et à gauche de la fissure, d'une longueur supérieure au diamètre antéro-postérieur de celle-ci.

L'hémorrhagie est facilement arrêtée au moyen de la compression digitale et les points de suture au nombre de trois sont passés avec l'aiguille d'Aubry.

L'opération a duré 35 minutes.

25 janvier. — On enlève tous les fils, la suture est parfaite et la malade quitte le service le 5 février.

OBSERVATION VII

(Dudon, *Revue de chir.*, 1888, page 30).

Jeanne P..., 30 ans, entre à l'hôpital Saint-André en mars 1879. Cette femme a eu un chancre il y a huit ans. Il y a trois ans, une gomme s'est formée à la voûte palatine ; dans l'espace d'un an, trois fragments d'os sont tombés, appartenant à la voûte et à la cloison. Large perforation à trois centimètres en arrière de la racine des dents, longue de deux centimètres. *Le nez est affaissé*, la voix fortement nasonnée, la parole presque incompréhensible ; les liquides seuls refluent dans les fosses nasales ; un obturateur, que la malade fabrique elle-même *avec un morceau de pomme*, pallie à peine ces inconvénients.

Le chirurgien, dans le service duquel la malade est placée, fait des cautérisations avec une solution de nitrate acide de mercure, trois cautérisations par semaine pendant un mois. La malade sort dans le même état qu'à son entrée.

La malade entre dans mon service au mois de juin 1879. La santé générale est bonne ; il n'existe aucune manifestation syphilitique actuelle. La perforation a deux centimètres de longueur, un de largeur ; les bords en sont bien cicatrisés.

Opération. — Huit jours après l'entrée. J'avive le pourtour de la perforation dans l'étendue d'un demi centimètre comme dans la fistule vésico-vaginale ; je trace à droite et à gauche, deux lambeaux larges que je décolle, je passe avec le chasse-fil Mathieu, cinq fils d'argent, je laisse les fils trois jours ; survient un érysipèle ; le lambeau droit se sphacèle dans ses deux tiers antérieurs. La malade sort au mois de septembre. Le résultat de l'opération

a été la réduction d'un tiers dans les dimensions de la perforation.

Rentrée de la malade six semaines après. Deuxième opération en novembre 1879. Avivement et taille des lambeaux comme dans la première opération. Au moment de faire la suture, l'aiguille, dont la courbure était convenable, se brise ; j'ai alors l'idée de remplacer la suture par un ruban de fil passé au-dessus des lambeaux, entre les lambeaux et la voûte osseuse, et noué au-dessous dans la bouche.

Les précautions mises en usage après les opérations sur le palais sont fidèlement suivies par la malade ; au bout de quinze jours, j'enlève la ligature rubannée, et je constate avec satisfaction que la réunion médiane des lambeaux est parfaite ; les plaies latérales furent rapidement cicatrisées.

Au moment de quitter le service, la malade est reprise par un nouvel érysipèle de la face, assez violent ; elle sort complètement guérie le 14 janvier 1880.

La malade a été revue six ans après, dans les meilleures conditions.

OBSERVATION VIII

(Dudon, *loc. cit.*).

C..., Jean-Marie, né à Tasque (Gers), 30 ans, menuisier, a eu en 1877, à l'âge de 20 ans, un chancre induré pour lequel *il n'a suivi aucun traitement.*

En janvier 1882. — Plaques muqueuses buccales et anales ; traitement spécifique.

En avril 1882. — Gomme de la voûte palatine qui s'ulcère et

laisse en août une perforation. La *nécrose palatine s'est étendue jusqu'au rebord alvéolaire droit*, a fait tomber la première et la seconde grosses molaires, et la portion d'os maxillaire qui les supporte.

Traitement à l'iodure de potassium. Je vois le malade pour la première fois dans le courant de l'année 1885 ; les bords de la perforation ne sont pas cicatrisés, les portions d'os nécrosé ne sont pas encore complètement éliminées. *Je renvoie mon intervention à quelques mois en prescrivant l'iodure de potassium.*

Le 2 juin 1886. — Entrée du malade dans mon service ; je constate les détails suivants : santé générale bonne ; aucune manifestation actuelle de syphilis.

Un peu à droite de la ligne médiane, et à la hauteur des premières et secondes grosses molaires, existe une perforation de la voûte palatine. Cette perforation, *légèrement oblongue* dans le sens antéro-postérieur, mesure 12 millimètres sur 10 millimètres ; ses bords sont minces, mais cicatrisés.

La première et la seconde grosses molaires du côté droit sont absentes, *à leur place existe une perforation* qui, grâce à la nécrose et à la chute du rebord alvéolaire, communique avec la fosse nasale. La voûte osseuse palatine manque donc complètement dans l'espace qui va de la perforation palatine à la perforation alvéolaire. Ces deux orifices sont *séparés par un pont* d'un centimètre de largeur de fibro-muqueuse palatine. Le malade porte un obturateur en caoutchouc durci.

Uranoplastie le 5 juin 1886. — Le malade étant couché sur le dos, la tête légèrement renversée en arrière, la bouche maintenue ouverte, je procède aux manœuvres suivantes, sans anesthésie : avivement de la circonférence de la perforation ; incision, décollement et mobilisation des lambeaux ; ligature rubannée par la méthode de l'auteur.

Pendant l'opération, la bouche a été lavée avec de l'eau de pin gemmé.

Deux heures après l'opération, hémorrhagie fournie par l'artère palatine droite. La glace pilée ne réussissant pas à arrêter le sang, une injection d'eau très chaude est faite dans la bouche par l'interne de garde. Arrêt de l'hémorrhagie.

Mais l'eau employée était tellement chaude qu'elle a amené des brûlures dans la bouche et un gonflement considérable des lambeaux. Craignant que ce gonflement ne fassé couper le lambeau droit qui était bien étroit, j'enlève les rubans le 9 juin, quatre jours après leur application, sans interposer de corps étranger entre les lambeaux et la voûte palatine, de crainte de provoquer une nouvelle hémorrhagie. La cicatrisation se fait, mais il persiste à la partie médiane un pertuis d'un demi-centimètre de longueur, mais très étroit.

Le 8 juil'et. — Je cautérise au fer rouge ce pertuis, mais sans obtenir de résultat.

Je fais, le 25 juillet, une nouvelle opération analogue à la première ; après un avivement circulaire, je ne taille et ne décolle un lambeau qu'à gauche, sans mobiliser les tissus de droite ; je passe un seul ruban de fil qui, entrant par le pertuis alvéolaire, passe au-dessus des lambeaux et ressort à gauche entre le lambeau et la voûte palatine. Ce ruban est laissé en place neuf jours, après lesquels la guérison est complète.

Le 15 août. — Le malade sort de l'hôpital, bien rétabli ; la perforation de la voûte palatine est bien fermée. Il ne reste que le pertuis situé au niveau de l'arcade à la place des dents molaires absentes.

L'occlusion de ce trou est renvoyée à plus tard.

J'ai revu ce malade le 8 décembre 1886 ; son état général est très amélioré ; il a engraisé ; sa voûte palatine est parfaite ; reste seulement l'orifice alvéolaire. La voix n'est plus nasonnée.

OBSERVATION IX

(Dudon, *loc. cit.*)

La nommée X... Sainpé, âgée de 26 ans, demeurant rue de Bègles, 173, ménagère, entre à l'hôpital, salle 2, envoyée par le D^r Moure. Elle est atteinte d'une perforation de la voûte palatine.

Il est difficile d'établir chez elle la filiation d'accidents syphilitiques ; mais des maux de gorge presque constants, la rareté de ses cheveux permettent de penser que nous avons affaire à une perforation syphilitique.

Elle raconte qu'il y a près d'un an, elle s'est aperçue de la présence au niveau des deux tiers antérieurs de la voûte palatine, d'une petite tumeur indolente, qui bientôt s'ulcéra, gagna en largeur et en profondeur. A l'heure actuelle, la perforation est d'un centimètre et demi de longueur à peu près sur un centimètre de large. Les bords sont cicatrisés.

Uranoplastie. — Deux lambeaux latéraux sont détachés ; l'avivement n'est fait qu'une fois ces lambeaux taillés et décollés. Suture rubanée avec deux rubans de fil.

Un tampon de ouate salicylée a été placé entre le lambeau gauche et la voûte palatine pour arrêter un écoulement de sang trop abondant.

L'opération a eu lieu le 3 août, pas d'accident, pas d'hémorrhagie.

Le 6 août. — Le tampon est enlevé, la plaie présente un très bon aspect.

Le 14 août, onzième jour, la ligature rubanée est enlevée ; la réunion sur la ligne médiane est faite et la perforation est comblée ; il ne reste plus de chaque côté que le trajet de la ligature.

Ce trajet ne tarde pas à se combler par bourgeonnement.

Le 19 août, au moment où part la malade, la guérison est certaine. La plaie de gauche seule n'est pas complètement cicatrisée.

La malade a été revue deux semaines après. Il reste à la partie moyenne de cicatrice gauche un pertuis fistuleux, par ce pertuis est enlevé un tout petit fragment de la voûte palatine nécrosée (27 septembre), ce qui permet au pertuis de se combler.

Un traitement par le sirop de Gibert est conseillé.

J'ai revu cette malade au commencement de l'année 1887 ; la guérison est parfaite.

OBSERVATION X

(Dudon, *loc. cit.*)

Le nommé N..., Martin, âgé de 47 ans, entre à l'hôpital Saint-André, le 30 novembre 1887, salle 11.

Le père est mort vieux, hémiplegique ; la mère a succombé à un cancer de l'utérus, ses frères et sœurs se portent bien. Lui-même jouit d'une bonne santé habituelle. A l'âge de 31 ans, il eut un chancre induré, qui dura trois mois : vers la fin de l'évolution du chancre, apparut de la roséole, puis vinrent des douleurs ostéocopes, des plaques muqueuses dans la bouche. Cautérisation de ces plaques au nitrate d'argent ; traitement mercuriel pendant trois mois, suivi pendant six mois de l'administration de l'iodure de potassium. Depuis, le malade n'a suivi aucun traitement ; d'ail-

leurs, aucun nouvel accident syphilitique n'était venu en démontrer l'utilité à ses yeux.

En août 1885, le malade, souffrant de la bouche, vit un médecin qui lui ordonna de l'iodure de potassium ; il croit, sans cependant être trop affirmatif à cet égard, qu'il était à ce moment porteur de plaques muqueuses (?) au niveau des perforations actuelles ; *jamais, dit-il, il n'a eu sur la voûte palatine de petites tumeurs pouvant faire penser à des gommes syphilitiques ; pendant plusieurs mois, les ulcérations gagnent en profondeur ; il s'en écoule une assez notable quantité du pus ; jamais le malade n'a trouvé de petits fragments osseux dans les produits de cette suppuration.*

En octobre 1886, traitement au bichlorure de mercure.

Depuis longtemps déjà (novembre 1885), le malade s'apercevait que sa voix était changée, devenue nasonnée, et que les aliments liquides s'échappaient par les narines.

Au moment de son entrée à l'hôpital (novembre 1886), on ne trouve pas traces d'accidents syphilitiques nouveaux.

Sur la voûte palatine siègent *deux perforations* : l'une antérieure située à gauche de la ligne médiane, à 15 millimètres, un peu oblique en arrière et en dedans, la largeur de l'ouverture mesure environ 5 millimètres. La perforation postérieure siège sur la ligne médiane, à l'union de la voûte osseuse et du voile du palais, elle est arrondie, plus petite ; son diamètre mesure 6 à 8 millimètres. La voûte palatine est fortement ogivale. *La voix est nasonnée, mais reparait à peu près normale, lorsqu'on bouche la narine gauche. L'odorat est fort affaibli, presque nul.* Les liquides s'échappent par les perforations, quelques aliments solides passent également.

On institue le traitement suivant : une pilule de Ricord ; potion avec deux grammes d'iodure de potassium.

Le 7 décembre. — M. le Dr Dudon pratique l'uranoplastie sans anesthésie.

Avivement des bords des perforations. Incision et décollement des lambeaux, hémorrhagie abondante pendant ce temps, d'ailleurs très court ; ligature rubanée par la méthode spéciale de l'opérateur, trois rubans de fil sont passés au-dessus des lambeaux. Un suintement sanguin de moins en moins abondant se continue jusqu'à neuf heures du soir ; il est combattu par de petits fragments de glace introduits et laissés dans la bouche jusqu'à leur fusion complète. On nourrit le malade de bouillon et de lait. On lui recommande le silence le plus absolu.

8 décembre. — Céphalalgie. Douleur dans la région opérée. Le lait donné comme aliment sort en partie par le nez. Les lambeaux ont conservé leur situation et leur couleur. Lavages fréquents de la bouche avec gargarisme au borate de soude.

9 décembre. — Légère hémorrhagie facilement arrêtée par la glace. Les liquides sortent en partie par la narine gauche, passant probablement par une ouverture que l'on aperçoit entre la face supérieure de la moitié gauche du lambeau et la voûte palatine.

18 décembre. — On enlève les deux rubans antérieurs. Les deux portions du lambeau, encore placées de champ, empêchent de voir les fistules. L'ouverture de gauche au-dessus du lambeau persiste à laisser passer une partie des liquides.

20 décembre. — On enlève le ruban postérieur. Les jours suivants, le lambeau droit est déjà collé à la voûte palatine. Le gauche revient lentement à la position horizontale, fermant ainsi la communication établie au-dessus de lui entre la bouche et le nez. On se garde bien de hâter par une manœuvre quelconque le retour de ce lambeau à sa position normale.

27 décembre. — Le lambeau gauche est assez relevé pour laisser apercevoir le fond de la gouttière effacée actuellement, et naguère occupée par les perforations. L'obturation est complète, sauf à la partie antérieure de la perforation antérieure, où persiste un petit pertuis, permettant à peine le passage d'un stylet de

trousse. La perforation postérieure paraît tout à fait fermée. Les liquides passent encore un peu par le nez. La voix reste un peu nasonnée.

28 décembre. — On cautérise avec la petite extrémité d'un stylet, rougi à la flamme d'une lampe à alcool, ce qui reste de la perforation antérieure. Le malade sort de l'hôpital.

Il ne reparait que le 27 janvier 1887. La petite ouverture persiste encore. Les dimensions semblent avoir légèrement diminué. On répète la même cautérisation avec le bout d'un stylet.

La forme ogivale très prononcée de la voûte palatine a pu rendre difficile l'avivement en avant de la perforation antérieure, cachée derrière les dents incisives. Le tout petit pertuis persistant à ce niveau, n'a été, du reste, aperçu qu'après une sortie du malade, qui, amateur de musique, n'avait rien trouvé de mieux que de constater s'il pourrait de nouveau jouer de la clarinette ; cette malencontreuse idée a bien pu être l'origine de ce pertuis.

OBSERVATION XI

Mikulicz et Michelson, *in Atlas des maladies de la bouche et de la cavité nasale*, 1891, tome I, table 13, fig. 4.

O... S..., 24 ans, maître boucher, de la Prusse Occidentale.

Le malade est un homme très fortement constitué. Il a eu autrefois plusieurs gonorrhées. En 1883, il eut un chancre du frein et des bubons étendus. A la suite d'un traitement approprié, ces manifestations locales ne furent pas suivies de manifestations générales. En 1886, il se maria et devint père de deux enfants bien portants.

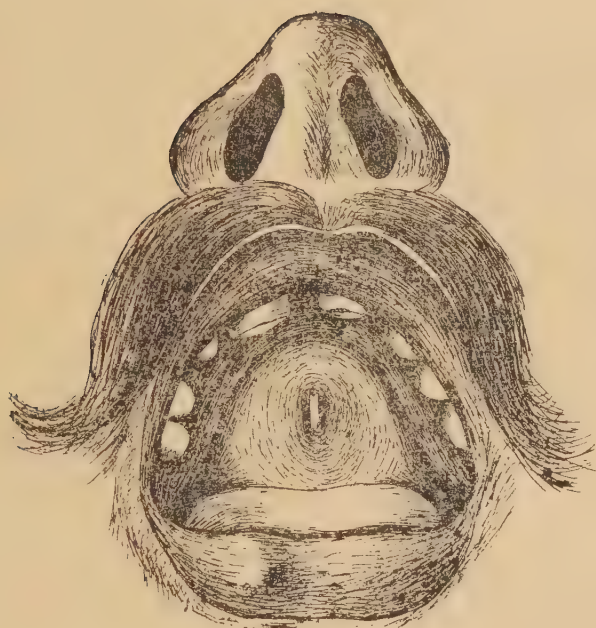


FIG. I. — (In atlas des maladies de la bouche et de la cavité nasale par Mikulicz et Michelson. Berlin 1891, tome I, table 13, fig. 4).

Depuis le mois d'avril 1889, S... eut à se plaindre d'*écoulement nasal*; malgré les insufflations nasales et les douches conseillées par un médecin, pour remédier à cet état de choses, aucune amélioration ne fut obtenue. Vers la fin de septembre 1889, le malade vient visiter un des auteurs de cet atlas.

On constate l'*existence d'une rhinite syphilitique ulcéreuse et une ulcération de la grosseur d'une tête de clou située sur la partie médiane du palais dur*, et intéressant jusqu'à l'os.

Traitement. — Frictions mercurielles (au commencement, 3 gr., plus tard, 4 gr. d'onguent hydrargyrique), bain quotidien, à l'intérieur, iodure de potassium; tampons trempés dans l'eau boriquée, dans le nez; on saupoudre les ulcérations avec l'iodoforme.

Malgré cette thérapeutique, la lésion de la voûte palatine paraît s'agrandir; et le 30 septembre, un petit séquestre fut éliminé. Le malade n'habitait pas Koenigsberg; ce ne fut que le 2 novembre 1889, qu'il se présenta de nouveau.

On trouva une perforation de la voûte palatine osseuse, représentée dans la *figure I*. Les bords de l'ulcération étaient nets, comme taillés à l'emporte-pièce. Au voisinage du bord, la muqueuse était légèrement rougie. En plaçant le malade dans une position convenable, *on pouvait apercevoir dans la profondeur de la perforation, le bord concave du septum ulcéré*. La rhinoscopie donnait la même constatation.

La voix qui n'avait auparavant qu'une légère inflexion nasale avait subi une nouvelle modification; elle s'accompagnait d'une certaine résonance particulière et comme métallique.

Au moment des repas, passage des particules alimentaires dans la cavité nasale.

Jusqu'au 15 novembre 1889, 35 frictions furent faites et 45 grammes d'iodure administrés. A ce moment toutes les ulcérations du nez et de la bouche, en dehors de la perforation, sont cicatrisées.

Le 11 février 1890, *uranoplastie* dans la clinique chirurgicale de Kœnigsberg.

Après l'enlèvement des points de suture, le 18 février 1890, le patient retourne chez lui; avec une plaie apparemment bien fermée. Arrivé dans ses foyers, il vit dans les jours suivants un court sillon linéaire dans la région où siégeait l'ancienne perforation. Jusqu'au 23 février, ce sillon ne fit que s'élargir, et aboutit à une perforation de nouveau ovale.

Cette perforation était cependant moitié moindre que la précédente.

Après des cautérisations galvano-caustiques des bords, cette ouverture se ferma jusqu'au point de ne laisser pénétrer qu'une aiguille à tricoter. Par cette ouverture, les mets solides ne pénétraient presque plus du tout, les liquides par intervalle seulement.

Le son de la voix avait un caractère tout-à-fait normal.

Février 1891. — Le patient jouit d'un excellent état général.

OBSERVATION XII

M. le professeur Duplay, in *Mercredi médical*, 27 février 1892.

X..., garçon d'hôtel, âgé de 34 ans, entre à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Duplay, le 17 novembre 1891.

Il y a douze ans, le malade a eu un chancre induré dans le sillon balano-préputial. A la suite, plaques muqueuses de la gorge, chute des cheveux, peut-être même iritis.

Vers la fin de l'année 1890, le malade *commença à moucher en abondance des croûtes tour à tour jaunâtres et noirâtres qui répandaient une odeur infecte.*

En mars 1891, *il sentit sur la voûte palatine* un peu à gauche de la ligne médiane, une tumeur grosse comme un grain de café, molle et indolente. Au bout de dix jours, cette tumeur s'ouvrit donnant issue à quelques gouttes de liquide. Très peu de temps après, le malade en se mouchant rendit par le nez deux ou trois fragments d'os peu volumineux et la communication entre la bouche et les fosses nasales s'établit.

Actuellement voici quel est l'état du malade : La perforation *siège à peu près à égale distance de l'arcade dentaire et de l'insertion du voile du palais* ; elle est presque médiane mais non tout-à-fait ; elle empiète notablement plus à droite qu'à gauche. La forme est ovoïde. Elle mesure deux centimètres dans le sens antéro-postérieur et un centimètre et demi transversalement. Les bords sont revêtus d'un tissu cicatriciel qui unit la fibro-muqueuse palatine à la muqueuse pituitaire. Par la perforation, on aperçoit les cornets déformés et la cloison déviée.

Cette perforation entraîne comme d'habitude des troubles de la déglutition et de la phonation. Les aliments solides ou liquides ont tendance à s'engager dans l'orifice anormal. La voix est nasonnée et certaines lettres ne peuvent être prononcées.

Le malade est d'abord *soumis à un traitement spécifique pendant près de deux mois* (Iodure de potassium, frictions mercurielles).

Après s'être assuré que *tout processus actif de la vérole est éteint, après examen du nez*, M. le professeur Duplay se décide à pratiquer l'uranoplastie par le procédé de Baizeau, en plaçant le malade dans la position indiquée par Rose, c'est-à-dire la tête plus déclive que les voies aériennes supérieures, de façon que le sang ne puisse pas s'y engager.

Après l'opération, il conseille de continuer le traitement syphilitique, de façon à éviter toute récurrence.

OBSERVATION XIII

(M. le professeur Tillaux, *Bull. gén. de Thérap.*, 1872, page 357).

L... Polonais, commis-voyageur, 29 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 12 avril 1870, sortie le 23 juin même année.

Ce malade, doué d'une bonne constitution, fait remonter à six mois la perforation du palais. Il n'accuse pas de chancres mais tout permet de croire que l'accident est dû à la syphilis.

Sur la voûte palatine, à droite de la ligne médiane, à un centimètre en arrière du bord alvéolaire, existe une perforation à grand diamètre antéro-postérieur, recevant l'extrémité du petit doigt ; *la muqueuse et les os qui l'avoisinent sont sains.*

La voix est extrêmement nasonnée, et les liquides refluent abondamment par les fosses nasales.

Pendant un mois et demi, le malade est soumis au traitement antisyphilitique, mais sans aucun résultat.

L'opération est pratiquée le 9 juin de la façon suivante :

1° A l'aide d'un bistouri à lame longue et étroite, on pratique *deux incisions latérales le plus près possible des gencives ;*

2° Décollement de la muqueuse palatine à l'aide d'une rugine. Ce temps de l'opération est assez douloureux pour déterminer une syncope ;

3° Les deux bords de la perforation mobilisés sont facilement rapprochés et maintenus par trois points de suture métallique.

Il n'a pas été fait d'*avivement* des bords de la perforation et *la quantité de sang écoulé a été insignifiante.*

Les suites de l'opération sont d'une extrême simplicité jusqu'au

15 juin, c'est-à-dire pendant six jours; le 15, se forme un petit abcès au niveau du point de suture postérieur; l'abcès s'ouvre spontanément et l'on constate le lendemain un pertuis de deux à trois millimètres; les points de suture sont enlevés et le malade soumis de nouveau au traitement ioduré.

Ce pertuis s'oblitére de lui-même par seconde intention, et le malade quitte l'hôpital complètement guéri le 23 juin, c'est-à-dire quatorze jours après l'opération.

OBSERVATION XIV

(M. le professeur Tilaux, *loc. cit.*.)

Mme X..., demeurant à Compiègne, se présente à l'hôpital Saint-Louis pour y être traitée d'une perforation de la voûte palatine.

Cette perforation est d'origine syphilitique et la malade a été soumise au traitement spécial.

La perte de substance siège à l'union de la voûte et du voile, et consiste en *trois orifices séparés l'un de l'autre par une très mince languette* qui ne peut fournir aucun secours pour la restauration.

Le tout présente une dimension d'environ de 15 à 18 millimètres de diamètre en tous sens.

L'opération est pratiquée le mercredi 3 avril dernier à l'amphithéâtre de l'hôpital.

La malade est assise la tête reposant sur la poitrine d'un aide. La perforation siégeant en partie sur le voile, l'avivement est indispensable. Je procède d'abord à ce temps de l'opération avec une pince à dents de souris et un bistouri à lame étroite.

Je pratique ensuite *les deux incisions latérales en longeant le rebord alvéolo-dentaire de chaque côté*. Enfin, avec une rugine mousse, je décolle rapidement la fibro-muqueuse palatine en exerçant surtout un mouvement de bascule dont l'intensité est calculée de façon à ne pas déchirer les ponts obtenus. Portant ma rugine en arrière, je mobilise complètement le voile ainsi que la voûte, en sorte que le rapprochement des deux bords de la perforation se fait de lui-même.

La section des muscles du voile n'est donc pas utile.

La malade crache quelques gorgées du sang, se gargarise avec de l'eau fraîche et tout écoulement sanguin disparaît.

Quatre points de suture métallique sont facilement passés avec les aiguilles de MM. Guérin et Collin.

L'opération a duré en tout vingt minutes. Aucune complication n'est survenue à la suite de l'opération.

Cependant le troisième fil a coupé le bord droit de la division, en sorte que la réunion, complète dans les quatre cinquièmes environ de la perforation, manque (aujourd'hui le onzième jour après l'opération) dans l'étendue d'un cinquième. J'ai néanmoins l'espoir d'obtenir la réunion par seconde intention.

OBSERVATION XV (personnelle).

Le nommé Ch... Ernest, garçon de magasin, âgé de 32 ans, entre à la Charité, le 10 décembre 1895, dans le service de M. le professeur Tillaux, salle Velpeau, lit numéro 21.

Les antécédents héréditaires sont bons.

Comme antécédents personnels, le malade a joui d'une bonne santé pendant son enfance. Il est bien portant et vigoureux.

A l'âge de 23 ans, étant au régiment, il a contracté une blennorrhagie. Traitement par les balsamiques, et les diurétiques.

Un an après ; c'est-à-dire à l'âge de 24 ans, le malade a eu plusieurs chancres, avec adénopathie inguinale non suppurée, mal de gorge.... Un an après cet accident primitif, tuméfaction des deux testicules : vaginalite double, hydrocèle...

Il s'est marié il y a cinq ans, c'est-à-dire trois ans après l'infection, sa femme paraît être restée indemne, ni enfants, ni avortement.

Ne soupçonnant pas la syphilis, le malade ne s'était jamais traité.

Vers le mois d'août 1895, *sans coryza antérieur*, le malade s'aperçut qu'il présentait *un petit bouton* à la voûte palatine : attouchement avec de la teinture d'iode. Ce bouton est bientôt suivi d'un abcès, qui s'ouvre huit jours plus tard en donnant lieu à une fistule bucco-nasale. A cette époque, le malade accuse un écoulement assez abondant de mucus et de sang, par les fosses nasales.

La perforation a gagné chaque jour en étendue, insidieusement et sans douleur. Les accidents fonctionnels se sont aggravés, la voix est devenue nasonnée ; reflux des boissons et même des aliments solides par le nez.

Dans l'espace d'un mois et demi, la perforation fit de tels progrès, qu'on pouvait y introduire le bout de l'index. Depuis cette époque, elle est restée stationnaire.

A son entrée à l'hôpital, on constate outre les troubles fonctionnels déjà décrits, une perforation siégeant environ à un centimètre en avant du bord postérieur de la portion horizontale de l'os palatin. Sa forme est ovale, à grand axe antéro-postérieur. Cette perforation siège à peu près sur la ligne médiane, elle empiète un peu plus à droite qu'à gauche. Elle mesure un centimètre et demi dans son grand diamètre ; et un centimètre dans son diamètre transversal (V. fig. II). Les bords sont nets, blanchâtres, bien cicatrisés.

Toute trace de processus inflammatoire a disparu.

Depuis le début de la perforation jusqu'à son entrée à l'hôpital, le malade a pris chaque jour, deux grammes d'iodure de potassium. Il a continué à prendre cette dose pendant dix jours dans le service.

Après ce traitement interne, M. le professeur Tillaux procède à l'uranoplastie :

Opération. — Pas de chloroforme, anesthésie locale par la cocaïne : après avivement léger des bords de la perforation, on fait deux incisions latérales, aussi en dehors que possible pour avoir l'artère palatine dans le lambeau.

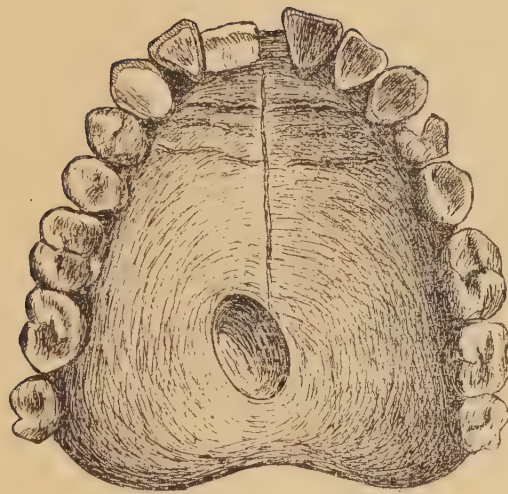
Décollement des lambeaux avec une rugine ; trois points de suture de fils d'argent.

Il reste une légère fistule à la partie antérieure de la perforation, qui se ferme, du reste, après quelques jours.

Antisepsie de la bouche avec une solution de chloral. Les fils sont enlevés huit jours après l'opération.

Résultat satisfaisant, le malade quitte l'hôpital le 5 janvier 1896 ayant une voûte palatine presque normale. Tous les troubles fonctionnels ont disparu.

Depuis, le malade a quitté Paris ; mais nous avons pu avoir de ses nouvelles, et la guérison se maintient parfaite.



(FIG. II. — Perforation syphilitique de la voûte palatine, grandeur naturelle, dessinée d'après un moule en plâtre obtenu par M. Robin (v. observation XV).

CONCLUSIONS

I. — La syphilis est la cause la plus fréquente des perforations pathologiques de la voûte osseuse.

II. — Ces perforations peuvent survenir également dans la syphilis acquise et dans la syphilis héréditaire tardive.

III. — Le début de ces perforations est généralement insidieux et leur évolution peut être divisée en trois périodes :

Période de début (ou période d'angine, d'abcès, d'ulcération) ;

Période d'état (perforation constituée) ;

Période de terminaison (quelquefois période de réparation).

IV. — Le diagnostic de ces perforations est ordinairement facile. On ne pourrait guère les confondre qu'avec les perforations d'origine tuberculeuse.

V. — Anatomiquement, le début de ces perforations se fait quelquefois par l'os ou tous les tissus de la voûte palatine en même temps ; le plus souvent, par les muqueuses pituitaire (Duplay) ou palatine (classiques).

VI. — Le traitement peut être médical ou chirurgical.

VII. — Avant tout traitement chirurgical, on devra

donner le traitement spécifique, pendant un temps suffisamment prolongé, et le continuer encore après l'intervention.

VIII. — Le traitement chirurgical est palliatif (prothèse), ou curatif (uranoplastie).

A cause des inconvénients nombreux des appareils prothétiques et des dimensions des perforations syphilitiques qui sont ordinairement d'une étendue moyenne, on doit, dans la grande majorité des cas, préférer l'uranoplastie à la prothèse.

L'uranoplastie peut être faite par des procédés nombreux. Le meilleur, à notre avis, est celui de Baizeau avec les modifications opératoires apportées par M. le professeur Tillaux.

Vu par le Président de la thèse

TILLAUX

Vu par le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- AMBROISE PARÉ. — Œuvres complètes d'Ambroise Paré, par Malgaigne, 1840, t. I, p. 186.
- ANDRIEU. — Traité de prothèse buccale, 1887, p. 535.
- ASTRUC. — Traité des maladies vénériennes, 1774, l. IV, p. 42.
- BAIZEAU. — Opération d'uranoplastie faite avec succès suivant un nouveau procédé. Bull. de soc. de chirurg., 1857-1858, p. 513.
- Mémoire sur les perforations et les divisions de la voûte palatine. Arch. gén. de médecine, 1861, t. II, p. 641.
- BEDÉL. — Des perforations traumatiques de la voûte palatine et leur traitement. Th. de Paris, 1872, n° 188.
- BELLIER. — De l'urano-staphylorrhaphie et ses résultats. Th. de Paris, 1884, n° 40.
- CHABOUX. — De certaines lésions de la région naso-pharyngienne que l'on doit rattacher à la syphilis. Th. de Paris, 1875, déc., t. V.
- CHAUFFARD. — Syphilis bucco-pharyngée. Ann. de médecine, 1892, p. 266.
- CHRÉTIEN. — Des fissures congénitales et leur traitement. Th. de Paris, 1873, n° 48.
- COMPENDIUM de chirurgie. T. III, p. 736.

- CORNIL. — Leçons sur la syphilis, faites à l'hôpital Lourcine, 1879, p. 252.
- DAVIES-COLLEY. — Méthode d'uranoplastie. British. méd. journ., 1890, 25 oct.
- DELORME. — La Semaine médicale, 1886, p. 208.
- DIDAY. — Maladies vénériennes, p. 322.
- DUDON. — Sur un point de technique des opérations plastiques sur le palais. Rev. de chirurg., 1888, janvier, p. 30.
- DUPLAY. — Des perforations syphilitiques de la voûte palatine. Le Mercredi médical, 27 févr. 1892.
- EHRMANN (de Mulhouse). — Bull. de l'Acad. de médecine, 1886, t. XVI, p. 347.
- FOURNIER. — Lésions tertiaires du palais osseux. Le mouvement médical, 22 août 1874.
- Leçons sur la syphilis tertiaire, 1876, p. 100.
- Des gommes palatines et pharyngées. Journ. de méd. et de chirurg. pratique, 1879, p. 450.
- Leçons sur la syphilis héréditaire tardive, 1886, p. 371.
- FOURRIER. — De la prothèse palatine. Th. de Paris, 1883, n° 281.
- GAYRAUD. — Dict. encyclop. des sc. méd. Art. Palais.
- GERBER. — Formes tardives de la syphilis héréditaire des voies aériennes supérieures. Wien, 1894.
- GOSSELIN. — Gaz. des hôpitaux, 1861, p. 370.
- GROSS. — Une opération d'urano-staphylorrhaphie. Rev. médic. de l'Est, 15 sept. 1879.
- HALLOPEAU. — Ann. de dermat. et de syphil., 1894, p. 421.
- HERMANN (Paul). — De l'adhérence du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx à la suite d'ulcération et de ses conséquences, trad. par Verneuil. Arch. gén. de méd., 1865, p. 422.
- HUNTER (J.). — Traité de la maladie vénérienne, 1859.

- JOURDAIN. — Traité des maladies chirurgicales de la bouche, 1778, t. I, p. 339.
- JOURDAN. — Traité complet des maladies vénériennes, 1826, t. I, p. 141.
- JULLIEN. — Traité pratique des maladies vénériennes, 1885, p. 910.
- KLINEDINST. — Syphilis héréditaire tardive avec lésions naso-pharyngées chez un adolescent de 17 ans. *New-York med. journ.*, 2 déc. 1892.
- LANCEREAUX. — Traité historique et pratique de la syphilis, 1873, p. 244.
- LANGENB. CK. — *Arch. für Klin. chirurg.*, 1863, p. 230.
- LANNELONGUE. — Restauration de la voûte palatine. *Bull. de soc. de chirurg.*, 1876, p. 469.
- De l'uranoplastie ostéo-muqueuse. *Bull. de soc. de chirurg.*, 1877, p. 467.
- LARREY. — Rapport sur le mémoire de Baizeau à la société de chirurgie. *Union médicale*, 1^{er} et 5 fév. 1859.
- LE DENTU. — Uranoplastie et staphylorrhaphie. *Médecine moderne*, 5 juin 1890.
- LEGOUEST. — *Bull. de soc. de chirurg. de Paris*, 1861, p. 455.
- LETULLE. — Mal perforant buccal dans le tabès. *Soc. médic. des hôpitaux*, 20 juillet 1894.
- LEWIN. — Lésion palatine attribuable à la syphilis héréditaire tardive. *Soc. Berlin. de dermat.*, novembre 1890 (in *ann. de dermat. et de syphil. de Paris*, 1891, p. 870).
- Tumeur de la voûte palatine chez un syphilitique. *Soc. de méd. int. de Berlin*, 15 mai 1893.
- LIKNAITZKY. — Palatoplastie. *Th. de Paris*, 1891-1892, n° 214.
- MACKENZIE (J.). — Contribution à l'étude de la syphilis

- congénitale et surtout de ses manifestations naso-pharyngiennes. New-York méd. Journ., 31 mai 1884 (in ann. de dermat. et de syphil. de Paris, 1884, p. 585).
- MACKENZIE (M.). — Traité pratique des maladies du nez et de la cavité naso-pharyngienne. Trad. franç. par Moure et Charazac, 1887, p. 223.
- MAGITOT. — Bull. et mém. de soc. de chirurg. 1886, p. 287.
- MARDUEL (P.). — Nouveau dict. de méd. et chirurg. pratiques. Art. Palais.
- MARJOLIN. — Perforation de la voûte palatine. Bull. de soc. de chirurg., 1857-1858, p. 458.
- MARSH. — Des éléments de succès dans la platoplastie. The Lancet, 7 juillet 1888.
- MAURIAC. — De la syphilose pharyngo-nasale, 1877.
- Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire, 1890, p. 488.
- MELCHIOR-ROBERT. — Traité des maladies vénériennes, 1853, p. 378.
- MIKULICZ et MICHELSON. — Atlas des maladies de la bouche et de la cavité nasale. Berlin, 1891, t. I, tab. 13.
- MICHEL. — Bull. de soc. de chirurg., 1863, p. 203.
- NOBL. — Vaste ulcération syphilitique du palais. Soc. Viennoise de dermat., mai 1894 (in Ann. de dermat. et de syph. de Paris, 1894, p. 1112).
- OLLIER. — Traité expérimental et clinique de la régénération des os. Paris, 1867.
- PETIT (L.-H.). — Dict. encyclop. des sc. médic. art. Urano-plastie.
- POLAILLON. — Palatoplastie en deux séances. Bull. de soc. de chirurg., 1890, p. 422.
- Note sur un procédé de platoplastie en deux séances. Gaz. médic. de Paris, 11 octobre 1891.
- DOWER. — Des hémorrhagies secondaires graves après l'opé-

ration des fissures du palais. British, méd. journ. 24 novembre 1894.

POZZI (A.). — Les opérations plastiques pour remédier aux fissures palatines et leurs résultats éloignés. Gaz. médic. de Paris, 11 octobre 1890.

PRÉTERRE. — Traité des divisions congénitales ou acquises de la voûte palatine et du voile du palais. Paris, 1867.

QUÉNU. — Perforation de la voûte palatine, restauration par un nouveau procédé. Soc. de chirurg., 31 mai 1893.

REDIER (J.-L.). — Prothèse palatine. Journ. des sc. médic. de Lille, 1880, p. 605.

RICORD. — Traité complet des maladies vénériennes, 1851, pl. 37, fig. II.

ROLLET (de Lyon). — Traité des maladies vénériennes, 1865, p. 862.

ROUGE. — Perforations du palais et palatoplastie. Lausanne, 1867.

ROUX. — Quarante années de pratique chirurgicale. Paris, 1854, t. I, p. 254.

ROUX (de Toulon). — Arch. de méd. navale, 1880, p. 382.

SABATIER. — Procédé d'uranoplastie par rotation de la cloison nasale. La Province médic., 1890, p. 481.

SÉDILLOT. — Contributions à la chirurgie, 1868, t. II, p. 653.

— Traité de médecine opératoire, 1870, t. II, p. 57.

SEIFERT. — Syphilis de la partie supérieure des voies aériennes. Congrès de Nuremberg 1893 (in ann. de dermat. et de syphil. de Paris, 1894, p. 364).

SELLE. — Médecine clinique et manuel de pratique, 1787, t. I, p. 186.

SWEDIAUR. — Traité complet des maladies vénériennes et syphilitiques, 1817, t. II, p. 75. •

- TILLAUX. — Des incisions latérales dans l'uranoplastie. Bull. gén. de thérapeutique, 1872, p. 357.
- Traité d'anatomie topographique, 8^e édition, 1895, p. 301.
 - Traité de chirurgie clinique, 3^e édition, 1894, t. I, p. 334.
- TRÉLAT. — Bull. et mén. de soc. de chirurg., 1877, p. 440.
- Fistule d'origine syphilitique de la voûte palatine. Le praticien, 31 janv. 1881.
 - Uranoplastie. Rev. de chirurg., fév. 1885.
 - Opération plastique sur le palais. Rev. de Chirurg., 10 fév. 1886.
 - A propos de la ligature rubanée dans la palatoplastie. Arch. de laryng., 15 avril 1888.
 - Clinique chirurgicale, 1891, t. I.
- VIDAL (de Cassis). — Traité des maladies vénériennes, 1883, p. 479.
- Ann. des maladies de la peau de Cazenave, 1844, tome I, p. 55.
- VERNEUIL. — Chirurgie réparatrice, 1877, t. I, p. 520.
- WARD (W.). — Manuel opératoire de l'urano-staphylorrhaphie. Th. de Paris, 4 août 1882.
- WOLFF (J.). — Palatoplastie chez un enfant de cinq mois. Centralbl. für. chirurg., 1888.
- Trois cas d'opération plastique sur le palais, Berl. Klin. Wochenschr., 24 juin 1889.
- WICKHAM (L.). — Ulcérations buccales tabétiques. Ann. de dermat. et de syphil., 1894, p. 44.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	7
Notion anatomique.....	11
Historique.....	15
Etude clinique.....	20
Marche.....	29
Diagnostic.....	30
Pronostic.....	37
Etiologie.....	39
Pathogénie.....	43
Traitement médical.....	50
Traitement chirurgical: <i>Prothèse</i>	52
<i>Uroplastie</i>	56
Observations.....	66
Conclusions.....	93
Bibliographie.....	95

